UNIVERSITÉ DE PARIS VI

U.E.R.
BROUSSAIS — HOTEL-DIEU

Année 1973

N° 96

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

par

Michel BUREAU
né le 13 Mai 1946 , à Paris XII(Seine)

••••••••••••••••••••••••

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 16 OCT. 1973

DE LA TUBERCULOSE DU NOIR AFRICAIN TRANSPLANTE EN FRANCE METROPOLITAINE, A PROPOS DE 108 OBSERVATIONS RECUEILLIES DE 1960 A 1972 DANS UN SERVICE PARISIEN DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE.

PRÉSIDENT : MONSIEUR P. MILLIEZ PROFESSEUR

UNIVERSITÉ DE PARIS VI

U.E.R.
BROUSSAIS — HOTEL-DIEU

Année 1973 — N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

par

Michel BUREAU
né le 13 Mai 1946 , à Paris XII(Seine)

••••••••••••••••••••••••

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 16 OCT. 1973

DE LA TUBERCULOSE DU NOIR AFRICAIN TRANSPLANTE EN FRANCE METROPOLITAINE, A PROPOS DE 108 OBSERVATIONS RECUEILLIES DE 1960 A 1972 DANS UN SERVICE PARISIEN DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE.

PRÉSIDENT : MONSIEUR P. MILLIEZ PROFESSEUR

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548021_0030

UNITE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHES

BROUSSAIS - HOTEL-DIEU

Doyen : M P. MILLIEZ

PROFESSEURS

MM	J.L. BARIETY	Clinique médicale
	G. BILSKI-PASQUIER	Consultation de médecine
	H. BOUR	Clinique médicale
	J. BOUSSER	Hématologie
	J. BOYER	Hygiène et médecine préventive
	R. COUJARD	Histologie
	J. COURSAGET	Biophysique
	A. DEHOUVE	Radiologie
	A. DELMAS	Anatomie
	J. DEROT	Clinique médico-sociale du diabète et des maladies métaboliques
	H. DESOILLE	Médecine du travail
	Ch. DUBOST	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	R. FASQUELLE	Microbiologie-bactériologie
	H. Flavigny	Psychiatrie infantile
	Cl. de GAUDART d'ALLAINES	Consultation de chirurgie générale
	M. GRIVAUX	Pathologie et thérapeutique générales
	B. HOUSSET	Clinique médicale et pathologie vasculaire
	M. JAYLE	Chimie biologique
	P. MAURICE	Clinique cardiologique
	P. MILLIEZ	Clinique propédeutique médicale
	G. OFFRET	Clinique ophtalmologique
	C. OLIVIER	Clinique chirurgicale et de pathologie vasculaire
	F. POILLEUX	Clinique chirurgicale
Mme	J. PASSELECQ	Département d'anesthésiologie
	H. SCHMITT	Pharmacologie
	Ph. TCHERDAKOFF	Médecine interne
	J. BAILLET	Physiologie (Département de médecine nucléaire)

MAITRES DE CONFERENCES

MM	J. ALEXANDRE	Anatomie
	R. ASSAN	Clinique médico-sociale du diabète et des maladies métaboliques
	A. BERNADOU	Consultation de médecine
	J. BERNARD	Radiologie
	A. CARPENTIER	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	J.P. DANOUNE	Histologie
	B. DEGRELLE	Biochimie
	J. DEMALDENT	Oto-rhino-laryngologie
	J. DIEBOLD	Anatomie pathologique
	G. DI MARIA	Clinique chirurgicale
	J. ECOIFFIER	Radiologie
	R. ENGLER	Biochimie
	J.L. FONTAINE	Clinique chirurgicale
	B. GUY-GRAND	Clinique médicale
	J. HAUT	Clinique ophtalmologique
	J.M. IDATTE	Clinique médicale
	F. JACQUEMIN	Physiologie (Département de médecine nucléaire)
Mme	M.L. LOISEAU	Microbiologie-Bactériologie
	S. METRAL	Biophysique
	Ph. MEYER	Médecine expérimentale
	P. OURBAK	Médecine
	J.C. PAGES	Biophysique
	J.P. PETITE	Clinique médicale et pathologie vasculaire
	H. PIWNICA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	Ph. POITOUT	Gynécologie-obstétrique
	Y. POULIQUEN	Clinique ophtalmologique
	J. PROTEAU	Encéphalographie et exploration fonctionnelle
	M. RENOUX	Clinique médicale
	J. ROGE	Clinique médicale propédeutique

MM	E.M. SAFAR	Clinique médicale et de pathologie vasculaire
	J.C. SALAMAGNE	Département d'anesthésiologie
	M. SAMAMA	Hématologie
	J. SOULIE	Consultation de médecine
	G. TCHOBROUTSKY	Clinique médico-sociale du diabète et des maladies métaboliques
	J.P. TESSIER	Radiologie
	J. Ch. VALTY	Cardiologie
	A. ZITTOUN	Hématologie.

A ma fiancée.

A mes parents.

A Monsieur le Professeur Paul MILLIEZ
Doyen de la faculté de médecine
Broussais - Hôtel-Dieu.
Professeur de clinique médicale propédeutique.

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici,
l'expression de notre respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le docteur R. GENEVRIER
Médecin de l'Hopital Saint-Joseph.
Professeur associé au Collège de médecine
des Hopitaux de Paris.

Qui nous fit sans cesse profiter de
son enseignement et nous accorda
l'hospitalité dans son service.
En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur J.C. GACOUIN
Médecin Assistant de l'Hopital Saint-Joseph.

Tant au début qu'à la fin de mes études, il a bien voulu m'accorder sa confiance, me guider, me conseiller, toujours avec la même bienveillance et la même compétence.
C'est lui qui inspira ce travail, me faisant profiter de ses critiques, de ses conseils, de ses encouragements.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma très profonde gratitude.

A Madame le Docteur LAPIERRE
A Monsieur le Docteur BOURGINES
A Monsieur le Docteur GAMET
A Monsieur le Docteur GARNIER
A Monsieur le Docteur LEMIERRE

Médecins Assistants de l'Hopital
Saint-Joseph.
Qui voulurent bien nous faire profiter
de leur expérience.
En témoignage de reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé J.P. ETIENNE
A Monsieur le Professeur agrégé P. OURBAK
A Monsieur le Docteur H. PUECH

En témoignage de reconnaissance.

Aux travailleurs noirs africains transplantés.

Puisse ce modeste travail attirer
l'attention sur leur dénuement.

"...lorsque nous avons considéré la RACE, le MILIEU, le MOMENT, c'est à dire le ressort du dedans, la pression du dehors et l'impulsion déjà acquise, nous avons épuisé, non seulement toutes les causes réelles, mais encore toutes les causes possibles du mouvement."

H. TAINE, Histoire de la littérature anglaise, Introduction.

- P L A N G E N E R A L -

P R E M I E R E P A R T I E : observations personnelles.

I-) CONSIDERATIONS GENERALES
- année
- origine
- age
- durée du séjour
- profession
- synthèse

II-) ANTECEDENTS & ASSOCIATIONS MORBIDES
- pathologie non tubercul.
- pathologie tuberculeuse

III-) CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE
- dépistages systématiques
- dépistages pour symptômes
- dépistages fortuits
- conclusion

IV-) ADENOPATHIES MEDIASTINALES
- critères de diagnost.
- associations lésion.
- formes topographiques
- constatations bronch.

V-) LESIONS PARENCHYMATEUSES
- satellites
- autonomes

VI-) ATTEINTES DES SEREUSES
- massives
- minimes
- péricardites
- péritonites

VII-) ADENOPATHIES PERIPHERIQUES

VIII-) AUTRES LOCALISATIONS
- abcès froids
- tub. ostéo-articulaires

IX-) DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE
- & lesions parenchymateuses
- & adénopathies
- & atteintes des séreuses
- & autres localisations
- conclusion

X-) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

XI-) PROBLEMES THERAPEUTIQUES & EVOLUTIFS
- introduction
- thérapeutiques utilisées
- conditions du traitement
- évolution sous traitement

XII-) SYNTHESE DE CES OBSERVATIONS

S E C O N D E P A R T I E : historique

I-) INTRODUCTION

II-) PREMIERE PERIODE: La première guerre mondiale.

INTRODUCTION

BROQUET & MORENAS — formes cliniques
interprétations

BLAZY — formes cliniques
interprétations
pronostic

BORREL — séméiologie
formes cliniques
interprétations

SYNTHESE

III-) DEUXIEME PERIODE: La seconde guerre mondiale.

Durant l'entre deux guerres
La tuberculose du tirailleur en I940
Synthèse

IV-) TROISIEME PERIODE: La période contemporaine (depuis I960)

De I945 à I960
Depuis I960 (nouveau courant)
Maladie particulière
Synthèse

T R O I S I E M E P A R T I E : La tuberculose en Afrique

I-) L'ENDEMIE TUBERCULEUSE EN AFRIQUE.

Iº/ Les étapes qui aboutirent à la situation actuelle.

2º/ L'état présent de l'endémie tuberculeuse en Afrique.

3º/ Conclusion.

II-) LA PATHOLOGIE TUBERCULEUSE DU NOIR EN AFRIQUE.

III-) CONCLUSION.

Q U A T R I E M E P A R T I E : Le contexte socio-culturel

I-) LES FACTEURS SOCIO-CULTURELS EN CAUSE.

II-) L'INFLUENCE DE CES FACTEURS SOCIO-CULTURELS.

III-) CONCLUSION.

C I N Q U I E M E P A R T I E : Prophylaxie & Traitement

I-) PROPHYLAXIE.

Iº/ Ses conditions légales actuelles.

2º/ Les conditions de cette prophylaxie sont perfectibles.

II-) TRAITEMENT.

III-) CONCLUSION.

C O N C L U S I O N .

B I B L I O G R A P H I E .

- - - - - - -

O B S E R V A T I O N S

P E R S O N N E L L E S

Analyse des I08 observations de noirs africains hospitalisés pour tuberculose, dans le service de pneumo-phtisiologie du Docteur R .GENEVRIER de I960 à I972 inclus.

CONSIDERATIONS GENERALES.

Ces I08 observations concernent IOI malades, car six d'entre eux ont été hospitalisés à deux reprises, et un à trois reprises.

I-) Recueillies de I960 à I972, elles se répartissent de la façon suivante:

I960	- I	I967	- IO
I96I	- 0	I968	- I9
I962	- 2	I969	- I7
I963	- 2	I970	- II
I964	- 5	I97I	- I4
I965	- 5	I972	- II
I966	- II		

On remarque une augmentation significative du nombre des observations au fil des années; si bien qu'en dix ans leur fréquence a été multipliée par dix.

II-) L'étude de la répartition de nos IOI malades en fonction de leur pays d'origine est intéressante.

Elle révèle, sous une apparente disparité, au contraire une certaine unité. En effet:

63 se déclarent originaires du Mali.
28 " " " Sénégal.
9 " " " Mauritanie.
I " " " Guinée.

En fait, l'examen d'une carte de ces pays enseigne que le Mali, le Sénégal, la Mauritanie, ont une frontière commune. Et très souvent, à chaque fois que les indications étaient suffisamment précises, on a pu constater que nos malades étaient originaires de cette contrée de Kayes au Mali, qui est à l'union des trois pays, dans la vallée du fleuve Sénégal.

III-) L'age moyen de nos malades au moment de leur première hospitalisation pour tuberculose se situe entre vingt et trente ans.

La répartition plus précise est la suivante:

I5 à 20 ans - 4 malades		3I à 35 ans - 20 malades	
2I à 25 " - 3I " "		36 à 40 " - 9 " "	
26 à 30 " - 35 " "		4I à 45 " - 2 " "	

Tous sans exception sont de sexe masculin.

IV-) La durée de leur séjour en France écoulée avant que ne soit découverte leur maladie est le plus souvent égale ou supérieure à deux ans.

C'est ainsi que:

Pour 9 malades elle est inférieure à I an
Pour 8 malades elle est égale à I an
Pour 23 malades elle est égale à 2 ans
Pour 34 malades elle est supérieure à 2 ans
Tandis qu'elle n'est pas précisée pour 27 malades

V-) De trop rares indications sont fournies en ce qui concerne le mode de vie de nos malades lorsqu'ils étaient encore en Afrique.

Vivaient ils en milieu urbain ou rural? Quelle était leur profession?

Cependant, dans les quelques observations ou des renseignements de cette nature sont consignés, on fait allusion aux métiers de la culture.

Par contre, en France il n'y a pas d'ambiguïté: la quasi totalité d'entre eux exerce un métier de manoeuvre.

VI-) En conclusion, nous constatons qu'il s'agit d'un groupe de malades relativement homogène:

I°/ Tous sont des noirs africains, provenant pour la plupart de la région de la vallée du fleuve Sénégal.

2°/ Tous sont des adultes jeunes de sexe masculin.

3°/ Tous présentent des conditions sociales identiques, vivant en foyers, exerçant des professions de manoeuvre.

4°/ Enfin, ils sont en France depuis au moins un an pour la plupart, mais bien souvent depuis deux ans et plus.

ANTECEDENTS & ASSOCIATIONS MORBIDES.

PATHOLOGIE NON TUBERCULEUSE.

Outre une pathologie cosmopolite sans grande originalité, nous voudrions retenir surtout:

a) Pathologie parasitaire.

Les parasitoses diagnostiquées chez nos malades furent:

- Bilharziose : IO cas.
- Ankylostomiase: 4 cas.
- Tricocéphalose: 2 cas.
- Filariose : 2 cas.

b) Cas particuliers.

Iº/ Les éosinophilies:

Vingt-quatre malades présentaient une hyperéosinophilie

- IO% à I5% : IO cas.
- I6% à 20% : 3 cas.
- 2I% à 25% : 3 cas.
- 26% et + : 8 cas.

Souvent, aucune explication ne fut apportée. Il faut à ce propos rappeler que la numération formule sanguine de l'africain moyen diffère sensiblement de celle de l'européen. Selon G.Pille & J.Linhard ("Quelques standards biologiques du noir africain") les différences principales sont les suivantes:

- Diminution des granulocytes (54%) au profit des mono.
- Hyperéosinophilie (IO%).
- Lymphocytose (4I%).

2º/ Les anomalies du protidogramme.

Le profil électrophorétique retrouvé chez nos malades n'a pas manqué de nous surprendre. L'anomalie la plus fréquente nous a semblé consister en une inversion du rapport albumines sur globulines, au profit de la fraction gamma.

C'est ainsi que 30 malades au moins, (cet examen ne fut pas systématiquement pratiqué) présentaient une hyper-gammaglobulinémie.

Cette observation est courante en Afrique.

3º/ Les tréponématoses.

Près de 20% de nos malades présentaient:

- Une réaction de Bordet-Wasserman positive.
- Un test de Nelson à IOO%.

On estime (A.Basset & H.Boiron)que le pourcentage moyen de sérologies positives est de 30% chez les habitants du Sénégal.

Ces sérologies peuvent correspondre à :

- une syphilis endémique,
- un pian,
- une syphilis vénérienne.

Des arguments d'ordre épidémiologique orientent plutôt vers la syphilis endémique. Il ne nous appartient pas de développer ce sujet.

II-) PATHOLOGIE TUBERCULEUSE.

Tous nos malades avaient des réactions tuberculiniques positives; d'intensité moyenne le plus souvent, elles furent rarement phlycténulaires.

Il ne fut guère necessaire de recourir à l'intradermo-réaction à 10 unités, la cuti fut suffisante dans la majorité des cas.

Il aurait été très interessant de connaitre l'état antérieur des réactions tuberculiniques. Trois observations seulement nous permettent de satisfaire cette curiosité:

Observation nºI : - hospitalisé pour adénopathie latéro trachéale tuberculeuse (BK+).
- avait été examiné une année auparavant au dispensaire Bossuet: ID 50 +.Et radiographie normale.

Observation nº2 : - hospitalisé pour adénopathie hilaire tuberculeuse.
- avait été examiné un an auparavant dans le service: ID I0 +. Et radiographie normale.

Observation nº3 : - hospitalisé à trois reprises dans le service:
I968 - Tuberculose parenchymateuse étendue banale.
I970 - Adénopathie médiastinale tuberculeuse (confirmée par médiastinoscopie.)
I97I - Rechute des adénopathies.
- En I965 il avait été hospitalisé à la Pitié pour mal de Pott.

Ces trois observations sont interessantes. Elles soulignent qu'une tuberculose d'allure primaire peut se développer chez un malade antérieurement allergique.

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE.

On distingue quatre circonstances qui toutes n'ont pas la même importance:

53 malades ont consulté pour des symptômes en rapport avec la tuberculose.
47 furent dépistés lors d'un examen systématique.
5 firent l'objet d'un dépistage fortuit.
3 sans précisions.

I-) Les dépistages systématiques.

On est frappé d'emblée par leur importance, puisqu'ils représentent 47 cas, soit à peu près la moitié de nos malades. Il nous a paru intéressant de les scinder en deux groupes:

--- Les dépistages systématiques vrais.
--- Les dépistages systématiques tardifs.

a-) Les dépistages systématiques vrais.

C'est à dire la découverte d'une anomalie radiologique, chez un sujet en pleine santé apparente, ne se plaignant d'aucun signe fonctionnel.

Ils représentent 20 cas qui se répartissent en:

--- Images parenchymateuses isolées et discrètes (petites plages infiltratives, ou semis micronodulaires): 9 cas.
--- Adénopathies médiastinales isolées: 4 cas.

--- Adénopathies médiastinales associées à des lésions parenchymateuses discrètes: 6 cas.
--- Abcès froids intrathoraciques multiples: I cas.

Au total, ces 20 malades bénéficièrent d'un traitement précoce, alors que:

--- Les images radiologiques étaient encore le plus souvent discrètes.
--- Qu'aucun signe fonctionnel ni général ne s'était encore déclaré.
--- Que les examens bactériologiques confirmèrent le diagnostic dans 50% des cas.

b-) Les dépistages systématiques tardifs.

C'est à dire ceux qui permirent de découvrir des malades présentant non seulement une image anormale, mais déjà des signes fonctionnels ou généraux plus ou moins marqués, mais négligés.

Ils concernent 27 observations, et là encore nous distinguerons deux catégories de malades:

--- Ceux qui présentaient à l'entrée une symptômatologie discrète (I9 cas).
--- Ceux qui présentaient dès l'entrée une maladie étendue (8 cas).

Iº/ Ceux qui présentaient à l'entrée une symptômatologie discrète (I9 cas).

--- Toux, expectoration modérée.
--- Fébricule.

--- Altération minime de l'état général, faite le plus souvent d'une asthénie et d'un amaigrissement (d'ailleurs difficile à chiffrer).

Sur le plan radiologique, ces formes correspondent à des adénopathies médiastinales et à des images parenchymateuses minimes, diversement associées.

2º/ Mais surtout, 8 malades dépistés pourtant à la faveur d'un examen systématique, présentaient d'emblée une maladie étendue à riche symptômatologie fonctionnelle et générale. Parmi ceux çi:

--- 7 présentaient une tuberculose parenchymateuse massive (bilatérale pour deux d'entre eux). L'altération de l'état général était évidente, associant asthénie marquée et amaigrissement. La température était élevée, supérieure à 38,5º. Et des bacilles acido-alcoolo résistants furent retrouvés dès l'examen direct pour 6 d'entre eux.

--- I malade présentait une pleurésie de moyenne abondance, associée à une atteinte parenchymateuse discrète.

--- I malade était atteint d'un mal de Pott dorso-lombaire, avec douleurs importantes et rigidité marquée; ce qui ne l'avait pas dissuadé de continuer à travailler, ni persuadé de consulter.

c-) Ces quelques données évoquent déjà trois remarques:

Il faut tout d'abord souligner le rôle essentiel du dépistage systématique, qui nous a valu la moitié de nos observations.

Il faut ensuite remarquer les dangers que font courir à leurs camarades ces malades bacillifères, porteurs de tuberculoses étendues, qui continuent à travailler et à vivre en collectivité.

Mais il faut souligner aussi le courage de ces jeunes transplantés, qui ne cherchent pas à interrompre leur activité, malgré une altération souvent sévère de l'état général, une fièvre élevée, ou une symptomatologie fonctionnelle invalidante.

II-) Dans 53 cas, le diagnostic de tuberculose a été porté parceque le malade avait consulté pour des symptômes en rapport avec cette maladie.

Il s'agissait:

a-) Dans I2 cas d'une atteinte des séreuses:

--- 8 pleurésies.
--- 3 péritonites.
--- I péricardite.

b-) Dans I5 cas d'une tuberculose parenchymateuse étendue.

c-) Dans 6 cas d'une tuberculose parenchymateuse minime.

d-) Dans I5 cas d'adénopathies médiastinales.

e-) Le reste étant représenté par:

--- Un mal de Pott.
--- Un abcès froid superficiel.
--- Des adénites périphériques.
--- Une arthrite tuberculeuse du coude.

III-) Dans 5 cas, le diagnostic fut porté fortuitement, alors que le malade avait consulté pour une pathologie non tuberculeuse.

a-) Un accident du travail.
b-) Une filariose.
c-) Une uvéite.
d-) Une fistule anale.
e-) Une hydarthrose non tuberculeuse du genou.

A chaque fois, la radiographie pulmonaire demandée à titre systématique, révèla une pathologie tuberculeuse.

IV-) Il était intéressant de se demander s'il existait une quelconque relation entre:

--- Le mode de découverte de la maladie,
--- Et la forme clinique qu'elle revêtait.

Les quelques chiffres que nous venons de réunir nous permettent déjà, en les rassemblant, de donner un élément de réponse. On constate en effet que:

Iº/ Si le dépistage systématique fut la méthode de choix qui permit de découvrir la majorité des tuberculoses parenchymateuses discrètes (I8 cas sur 24);

2º/ Au contraire, ce sont des symptômes suffisamment marqués pour amener le malade à consulter, qui furent à l'origine de la découverte:

--- Du plus grand nombre des tuberculoses parenchymateuses étendues (I5 cas sur 23).
--- De la quasi totalité des tuberculoses des séreuses (I2 cas sur I3).

3º/ Quant aux adénopathies médiastinales, elles se répartissent à peu près également entre les deux groupes. Elles ne sont donc pas toujours aussi muettes qu'il est classique de le dire.

LES ADENOPATHIES MEDIASTINALES.

On est frappé de leur FREQUENCE. elles sont retrouvées, isolées ou associées à d'autres lésions, dans 36% de nos observations.

a-) Critères de diagnostic.

Il est vraisemblable que ces chiffres sont au dessous de la réalité, et ceci pour deux raisons:

--- L'examen radiologique standard, même complété par des tomographies:

1º/ Objective mal les ganglions inter-trachéo-bronchiques,

2º/ ne permet pas une bonne analyse des images hilaires gauches,

3º/ et finalement ne révèle certainement que les adénopathies les plus volumineuses.

--- Si bien que nous ne retenons que les adénopathies évidentes le plus souvent dès le cliché standard, en tous cas toujours en tomographies.

b-) Associations lésionnelles.

Sur un total de 4I cas d'adénopathies médiastinales:

A.M. isolées	2I
A.M. & lésions parenchymateuses	II
A.M. & lésions parenchymateuses & séreuses	2
A.M. & lésions séreuses	3
A.M. & adénite périphérique	2
A.M. & lésion parenchymateuse & adénite	I
A.M. & lésion séreuse & mal de Pott	I

c-) Formes topographiques des adénopathies médiastinales:

Adénopathies hilaires droites	I8
Adénopathies hilaires gauches	II
Adénopathies latéro-trachéales droites	5
Adénopathies latéro-trachéales gauches	2
Adénopathies bilatérales	3
Hilaires & latéro-trachéales droites	2

Cette énumération fastidieuse nous enseigne

Iº/ La prédominance des adénopathies droites (25 sur 37), ce qui rejoint nos considérations sur la difficulté du diagnostic des images médiastinales gauches.

2º/ La rareté des adénopathies médiastinales bilatérales (3 cas sur 4I).

d-) Les constatations bronchologiques sont interessantes:

La moitié seulement des malades atteints d'une hypertrophie ganglionnaire ont été bronchoscopés (25 sur 4I). Cette lacune est maintenant comblée; depuis quelques années, cet examen est pratiqué à titre systématique dans cette indication

Les constatations sont les suivantes:

Aspects normaux:	6
Signes inflammatoires, compressions:	I3
Envahissement bronchique direct: Granulome	4
Fistule	2

LES LESIONS PARENCHYMATEUSES.

On les rencontre 69 fois:

--- Dans 46 observations l'atteinte parenchymateuse est cliniquement isolée.

--- Dans 23 observations elle constitue une des manifestations de la maladie, alors diversement associée à une atteinte:

Iº/ Séreuse.
2º/ Articulaire.
3º/ Ganglionnaire périphérique.
4º/ Ou surtout ganglionnaire médiastinale (I4 cas).

On doit ainsi distinguer deux éventualités:

a-) Parfois, les lésions parenchymateuses sont manifestement satellites d'adénopathies médiastinales associées (8 cas):

Iº/ Trouble de ventilation : I cas.
2º/ Infiltrat hilifuge (ensemencement bronchogène): 7 cas.

D'ailleurs, la bronchoscopie était anormale dans sept cas sur huit: (2 granumomes, 2 fistules, 3 compressions associées à des signes d'inflammation).

b-) Dans les autres cas (6I), l'atteinte parenchymateuse parait autonome, qu'elle soit isolée ou associée à d'autres lésions (I5 cas). Il s'agit:

Iº/ Tuberculose parenchymateuse minime unilatérale: 38 cas.

2º/ Tuberculose parenchymateuse massive unilatérale: I5 cas.

3º/ Tuberculose parenchymateuse massive bilatérale: 8 cas.

LES ATTEINTES DES SEREUSES.

On les rencontre dans I6 de nos I08 observations. Elles se répartissent de la façon suivante:

--- Pleurésies isolées: 5
--- Pleurésies & atteintes parenchymateuses: 4
--- Pleurésies & adénopathies médiastinales: 3
--- Divers:
Pleurésie & adénopathie & lesions parenchymateuses: I
Tuberculose péritonéale isolée: I
Tuberculose péritonéale & lésions parenchymateuses: I
Péricardite & adénopathie & lés. parenchymateuses: I

a-) Dans sept cas la pleurésie est au premier plan.

De grande ou moyenne abondance, elle donne toujours lieu à une symptômatologie générale et fonctionnelle importante. Le liquide est un exsudat sans originalité; on n'y retrouve jamais de bacille acido-alcoolo résistant, même à la culture.

b-) Ailleurs (6 cas), la pleurésie est minime, au second plan:

Simple comblement d'un cul de sac, image scissurale, qui coexistent avec une atteinte parenchymateuse ou médiastinale.

c-) Une observation de péricardite tuberculeuse.

Chez un malien de vingt-six ans en France depuis deux ans, venu consulter pour toux quinteuse et douleurs thoraciques.

On découvre des bruits assourdis, un frottement péricardique, une volumineuse cardiomégalie, un infiltrat excavé de l'apex droit, une adénopathie latéro-trachéale droite.

Les signes généraux sont marqués.

Sur l'électrocardiogramme: microvoltage, troubles diffus de la repolarisation, bloc incomplet de la branche gauche.

La ponction du péricarde ramène un liquide exsudatif dans lequel on ne retrouvera pas de bacilles de Koch.

L'évolution sous traitement triple et cortico-thérapie fut rapidement favorable.

d-) Deux observations de péritonites tuberculeuses:

I-) La première fut observée chez un sénégalais de 32 ans en France depuis cinq ans.

Opéré avec le diagnostic d'appendicite, on découvrit en fait une tuberculose avec granulations péritonéales typiques et ascite. La radiographie pulmonaire révèla une image d'infiltrat sus claviculaire unilatéral.

2-) La seconde fut observée chez un guinéen de 24 ans, en France depuis trois ans.

Dans ses antécédents on retrouve une hospitalisation dans le service deux ans auparavant pour adénopathies médiastinales tuberculeuses découvertes lors d'un examen systématique. Le traitement (INH, PAS, strepto.)fut poursuivi en cure sanatoriale (12 mois au moins) sans adjonction de corticoides.

Deux ans plus tard, apparition d'une ascite, d'une diarrhée, d'une altération de l'état général avec température à quarante. La ponction ramène un liquide

séro-fibrineux riche en lymphocytes. Toutes les recherches bactériologiques demeurent vaines. Sous traitement comportant des corticoides, l'évolution parait satisfaisante.

Mais deux ans plus tard le malade sera hospitalisé pour paraplégie flottique.

LES ADENOPATHIES PERIPHERIQUES.

Depuis Borrel, les adénopathies périphériques (singulièrement sus-claviculaires) du noir africain transplanté revêtent une importance toute particulière. Le "ganglion de Borrel" était considéré comme un des éléments du diagnostic précoce de la tuberculose sur ce terrain.

Dans notre série elles n'ont surement pas la même importance. On les observe dans neuf de nos observations.

a-) Dans sept cas il s'agit d'adénites tuberculeuses authentiques.

I-/ Qu'elles soient isolées (3 cas):
= I adénite sus claviculaire gauche.
= I adénite sous angulo-maxillaire droite.
= I adénite cervicale gauche.

2-/ Associées à des adénopathies médiastinales homolatérales (2 cas):
= I adénite cervicale gauche.
= I adénite cervicale droite.

3-/ Associées à des images parenchymateuses (I cas):
= Infiltrat hilifuge droit & adénite pré-parotidienne gauche tuberculeuse.

4-/ Associées à des images ganglionnaires médiastinales et parenchymateuses:
= I adénite tuberculeuse occipitale.

Dans tous ces cas, le diagnostic étiologique fut apporté par le laboratoire (à une exception près).

--- Trois fois on retrouva des BAAR dans le pus.
--- Cinq fois ce fut l'anatomo-pathologiste qui apporta le diagnostic.
--- Une fois la confirmation fut apportée par l'inoculation au cobaye.

Dans un cas, le diagnostic étiologique ne fut pas confirmé par le laboratoire. Il s'agissait d'une volumineuse adénopathie sous angulo-maxillaire droite chez un malade hospitalisé et traité deux ans plus tôt pour épanchement pleural et volumineuse adénopathie médiastinale. Chez lui ce sont ces arguments anamnestiques qui emportèrent la conviction.

b-) Dans deux cas il s'agissait de malades atteints d'une tuberculose parenchymateuse chez lesquels l'examen clinique systématique retrouva de petits ganglions sus claviculaires.

AUTRES LOCALISATIONS.

Il faut encore citer:

a-) Trois abcès froids tuberculeux, tous bactériologiquement confirmés:

--- Un abcès froid axillaire.
--- Un abcès froid thoracique associé à un mal de Pott dorso-lombaire avec abcès pottique de la gaine du Psoas.
--- Un malade atteint de multiples abcès froids intra-pariétaux du thorax.

b-) Trois tuberculoses ostéo-articulaires:

--- Un Pott dorso-lombaire avec abcès pottique de la gaine du Psoas, déjà évoqué.
--- Un Pott dorsal (opéré d'urgence en neuro-chirurgie pour compression médullaire) associé à une pleurésie tuberculeuse.
--- Une arthrite tuberculeuse du coude associée à un infiltrat parenchymateux.

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

La question se pose différemment selon la localisation en cause. Les deux grands problèmes sont posés par les localisations ganglionnaires médiastinales et par les localisations pleurales.

a-) Les adénopathies médiastinales.

Il faut rappeler que:

--- Les bacilloscopies sont rarement positives en cas d'adénopathies médiastinales isolées.
--- En bronchoscopie, une fistule avec issue de caséum ou un granulome sont des arguments de poids.
--- La bilatéralité des ganglions ne doit pas faire récuser le diagnostic, bien au contraire.
--- La biopsie effectuée lors de la bronchoscopie présente peu d'intérêt.
--- Parfois il faut pousser les investigations jusqu'à la médiastinoscopie, avec biopsie ganglionnaire.

On peut ainsi éliminer la maladie de Hodgkin, la Sarcoidose, les adénopathies tumorales. Mais il faut insister sur le fait que des adénopathies médiastinales chez un noir transplanté doivent avant tout faire penser à la tuberculose.

b-) Les localisations pleurales peuvent poser des problèmes de diagnostic différentiel, en particulier avec les pleurésies virales. C'est dire l'importance de pratiquer et de répéter (si nécessaire) la ponction biopsie pleurale.

LE DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE & ANATOMO - PATHOLOGIQUE.

Sur l'ensemble de nos 108 observations, la confirmation bactériologique fut apportée 63 fois:

--- Le plus souvent dès l'examen direct de l'expectoration ou du liquide prélevé par tubage gastrique.
--- Parfois seulement après culture sur milieu de Lôwenstein-Jensen.

Rarement, d'autres méthodes de diagnostic furent utilisées:

--- Inoculation au cobaye.
--- Prélèvements biopsiques.
--- Mise en culture du pus d'un abcès froid ou d'une adénite périphérique.

Mais il semble bien exister une relation entre:

--- La forme clinique considérée d'une part.
--- La probabilité de retrouver du bacille tuberculeux d'autre part.

C'est ainsi que l'on constate:

a-) En ce qui concerne les lésions parenchymateuses autonomes:

1-/ Sur 38 tuberculoses parenchymateuses minimes unilatérales: on retrouve le bacille 20 fois (dont 9 fois au direct).
2-/ Sur 15 tuberculoses parenchymateuses massives unilatérales: on retrouve le bacille 15 fois (dont 13 fois au direct).

3-/ Sur 8 tuberculoses parenchymateuses bilatérales: on retrouve le bacille 8 fois (dont 7 fois au direct).

b-) En ce qui concerne les adénopathies médiastinales:

I-/ Sur 2I adénopathies médiastinales isolées:
- On retrouve le bacille 5 fois seulement; (deux fois il y avait fistulisation, une fois simple aspect inflammatoire).
- Des deux médiastinoscopies pratiquées, une seule apporte le diagnostic.

2-/ Sur I4 adénopathies médiastinales associées à des lésions parenchymateuses, on retrouve le bacille 8 fois. Un seul cas correspond à une fistulisation.

3-/ Les adénopathies médiastinales associées à d'autres formes lésionelles (atteinte des séreuses, adénite périphérique, formes osseuses) ne font jamais leur preuve par l'examen du liquide de tubage.

Au total, sur 4I adénopathies médiastinales, on ne retrouve le bacille que I4 fois.

c-) En ce qui concerne les atteintes des séreuses.

Sur les 7 cas ou la pleurésie domine le tableau:

I-/ On ne retrouve jamais de bacilles dans le liquide.

2-/ Deux biopsies pleurales seulement sont pratiquées, dont une est positive. (Cet examen est devenu systématique dans le service; si bien qu'il prend une place prépondérante dans le diagnostic des pleurésies).

d-) Les autres localisations ne posent guère de problèmes:

C'est le cas des adénopathies périphériques et des abcès froids, dont le diagnostic étiologique précis fut pratiquement toujours posé en combinant:

--- Examen direct et culture du pus.
--- Inoculation au cobaye.
--- Examen anatomo-pathologique.

e-) En conclusion:

I-/ C'est dire que les atteintes parenchymateuses sont les plus bacillifères, et ce d'autant qu'elles sont plus étendues.

2-/ Mais aussi que les adénopathies médiastinales isolées peuvent très bien offrir une confirmation bactériologique, alors même que la bronchoscopie ne montre pas d'image de fistulisation.

PROBLEMES THERAPEUTIQUES & EVOLUTIFS.

Les principes de traitement préconisés dans le service du Docteur Genevrier correspondent aux critères classiques:

--- Ils concourrent à l'application des thérapeutiques spécifiques usuelles (parfois en association avec les dérivés de la cortisone).

--- Pendant une durée suffisamment prolongée (au moins I8 mois).

--- Et dans les conditions de surveillance et de repos habituelles: cure hospitalo-sanatoriale, puis ambulatoire.

Comment furent appliqués ces principes dans notre série de I08 observations? Quels furent les résultats? C'est ce que nous voudrions tenter de dégager à présent.

Nous devons d'emblée faire état de certaines limites:

--- Les conditions du séjour hospitalier nous sont parfaitement connues pour chacun de nos malades.

--- Par contre, de nombreuses obscurités demeurent quant à l'évolution ultérieure, (cure sanatoriale et cure ambulatoire).

--- Si bien, qu'à l'exception des quelques tuberculeux qui furent hospitalisés à nouveau pour rechute, nous ignorons à peu près tout du devenir de nos malades sinon à leur sortie du service, du moins à leur sortie du sanatorium.

I-) Les thérapeutiques utilisées.

a-) Les antituberculeux.

Nos observations s'étendent sur une dizaine d'années, si bien que les protocoles furent peu à peu modifiés. La triple association classique (INH, PAS, strepto.) des premières années fut par la suite souvent modifiée par l'introduction (1968) d'Ethambutol ou de Rifampicine. rarement furent introduits d'autres antituberculeux tels: Ethionamide, Protionamide, Viomycine, Morphazinamide, Thiocarlide.

La tolérance fut en général excellente. Cependant:

--- Six fois on arrêta la streptomycine en fonction des données de l'audiogramme.

--- Deux fois l'Ethambutol fut interrompu (une anomalie du champ visuel, un glaucome).

--- Une fois, des troubles neurologiques furent attribués à l'INH.

En ce qui concerne les résistances:

--- Streptomycine : 4 fois.
--- Ethionamide : 2 fois.
--- INH : I fois.
--- PAS : I fois.
--- Strepto. & Ethionamide : I fois.

Mais ces chiffres n'ont aucune valeur en raison du peu d'antibiogrammes dont nous disposons (20 antibiogrammes sur 63 confirmations bactériologiques).

b-) Les corticoïdes.

Ils furent utilisés dans trois indications:

--- Les tuberculoses parenchymateuses sévères (6 fois).
--- Les tuberculoses des séreuses (I3 fois).
--- Les tuberculoses ganglionnaires (I8 fois).

Les posologies initialement fortes, furent progressivement dégressives.

Enfin, qu'il s'agisse de la prednisone ou de l'hémisuccinate d'hydrocortisone, ils furent toujours bien tolérés.

II-) Les conditions d'application de ces thérapeutiques.

a-) La durée du séjour hospitalier.

I	mois	6 malades
I,5	"	4 " "
2	"	I2 " "
2,5	"	8 " "
3	"	26 " "
3,5	"	9 " "
4	"	I0 " "
4,5	"	5 " "
5	"	9 " "
5,5	"	5 " "
6	"	5 " "
6,5 & plus		9 " "

En règle générale, les hospitalisations courtes ou moyennes correspondent aux malades qui acceptent la cure sanatoriale. Les séjours hospitaliers prolongés concernent les malades hostiles à la cure sanatoriale.

b-) Les placements sanatoriaux.

Sur un total de 108 observations:

--- 69 placements sanatoriaux.
--- 29 refus du placement sanatorial.
--- 10 fois nous ignorons le devenir du malade.

c-) Durée de la cure hospitalo-sanatoriale.

Pour 37 de nos malades, cette durée (sans préjuger du traitement ambulatoire ultérieur éventuellement suivi est connue:

3	mois	6	malades	7	mois	I	malades
3,5	"	4	"	7,5	"	2	"
4	"	3	"	8	"	I	"
4,5	"	I	"	8,5	"	I	"
5	"	4	"	9	"	3	"
5,5	"	I	"	9,5	"	I	"
6	"	5	"	10	"	2	"
6,5	"	I	"	10,5	"	I	"

Pour les 71 autres malades, la durée minimun de cette cure hospitalière ou hospitalo-sanatoriale est de:

I	mois	4	malades	5	mois	3	malades
I,5	"	3	"	5,5	"	3	"
2	"	7	"	6	"	4	"
2,5	"	6	"	6,5	"	2	"
3	"	I3	"	7	"	5	"
3,5	"	6	"	7,5	"	0	"
4	"	8	"	8	"	4	"
4,5	"	3	"	8,5	"	0	"

d-) Nos observations ne nous apportent aucune lumière ... la réalité de la cure ambulatoire ultérieure.

--- Cependant, le prix élevé des antituberculeux (surtout les antibiotiques).
--- La complexité des formalités administratives qui ... permettent le remboursement.
--- Encore accrue par la fréquence des situations administratives irrégulières de nos malades.
--- L'insuffisance des structures de surveillance et d'encadrement médical dans les foyers.
--- La meconnaissance de la part du malade des risques auxquels il est exposé.

...Laissent planer les plus vives réserves à ce sujet.

III-) Quelques remarques sur l'évolution sous traitement.

Dès l'instauration de la thérapeutique et en quelques jours, on note une disparition des signes fonctionnels et généraux. La restauration d'un bon état général est très rapide.

La négativation des examens bactériologiques est la règle dans les délais usuels.

La régression des images radiologiques est en général rapide, souvent complète.

--- Même des images parenchymateuses étendues peuvent se nettoyer complètement et laisser place à une image thoracique normale; ceci en quelques mois.
--- Par contre, si certaines images d'adénopathies régressent rapidement, d'autres persistent même après plusieurs mois de traitement.
--- Les pleurésies sont vite asséchées, sans séquelles le plus souvent (grace à l'appoint de la kinésithérapie).

CONCLUSION.

Au total, l'analyse de ces 108 observations nous suggère les remarques suivantes:

1º/ Elles concernent une population de malades très homogène.

2º/ Elle met en évidence des formes cliniques qui peuvent en gros se répartir en deux catégories, à peu près égales:

a) Chez certains malades il s'agit d'une tuberculose d'allure commune, tout à fait comparable à celle que l'on observe en Europe.
Elle s'en distingue toutefois souvent par son caractère volontiers massif et par sa rapidité d'évolution.

b) D'autres malades présentent une tuberculose d'allure primaire, si l'on se fie:

- aux adénopathies médiastinales,
- aux adénopathies périphériques,
- aux atteintes des séreuses,
- aux fistules bronchiques.

3º/ Quant à l'évolution, on remarque:

a) Les bons résultats obtenus d'emblée, dès l'instauration de la thérapeutique;

b) Souvent remis en cause par les difficultés rencontrées dans l'application du traitement de longue durée.

H I S T O R I Q U E

C'est à trois reprises que les phtisiologues français furent confrontés à ces problèmes:

Iº/ D'abord durant la première guerre mondiale, ou les tirailleurs sénégalais succombèrent nombreux à la maladie.

2º/ Puis à partir de I940, ou rapidement prisonniers, nombre de leurs compatriotes firent dans les camps une tuberculose gravissime.

3º/ Enfin, depuis l'accession à l'indépendance des pays de l'Afrique francophone en I960, un important mouvement de population conduit les noirs de ces pays vers la France, dans l'espoir d'y trouver du travail.

4º/ Il faut ajouter toutefois à ces trois groupes bien homogènes chronologiquement et socialement, quelques études portant sur des échantillons moins défavorisés, particulièrement en milieu étudiant.

PREMIERE PERIODE: LA PREMIERE GUERRE MONDIALE.

I-) INTRODUCTION.

Au début du siècle, les connaissances réunies sur l'endémie tuberculeuse en Afrique sont très fragmentaires et disparates. L'opinion généralement admise plaide en faveur d'une maladie peu répandue prédominant dans les centres côtiers.

Qu'il nous suffise de citer Broquet & Morenas qui en 1920 écrivent dans " la Revue de Tuberculose ":
" Les mèdecins coloniaux qui ont observé les sénégalais dans leur pays et dans leur milieu s'accordent pour affirmer la rareté de cette affection dans la population indigène... La tuberculose ne fait pas partie de la pathologie normale du sénégalais... On ne l'observe guère que dans les ports et dans les centres habités par les blancs...

Calmette en 1912 faisant procéder à une enquête épidémiologique en A.O.F. obtient:

- 5% à 7% de cuti positives dans les villages de l'intérieur.
- 10% à 30% dans les centres de colonisation.

C'est ainsi que la tuberculose du sénégalais apparait peu à peu comme une conséquence de la colonisation:
" Les sénégalais se tuberculisent au contact des blancs et de leur milieu " écrivaient Broquet & Morenas.

Nous verrons que cette conception de l'endémie tuberculeuse en Afrique est contestable et que certaines nuances peuvent être apportées.

Lorsque la première guerre mondiale éclate, les " Tirailleurs sénégalais " constituent un appoint non négligeable aux cotés des forces métropolitaines; ils sont envoyés par milliers en France, ou ils sont regroupés dans des camps. Nombre d'entre eux y succombent, décimés par deux maladies: la pneumonie et la tuberculose.

C'est alors que vont paraitre les premiers travaux sur la tuberculose du noir africain transplanté:

- Dès 1915 Boinet (Marseille médical oct. 1919) attire l'attention sur une forme spéciale d'adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses à marche rapide chez le sénégalais.

- Puis, Moreau (Académie de médecine 25 février 1919) présente un rapport sur " la fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les représentants des races colorées importées en France ".

- Dumas (Lyon médical avril 1919) rapporte cinq observations d'adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses à marche rapide chez des sénégalais.

- Broquet & Morenas font part de leur expérience en 1920 dans " la Revue de Tuberculose ".

- Blazy, adresse en 1925 un rapport au ministre de la guerre sur " La tuberculose des troupes sénégalaises".

- Mais c'est surtout le rapport sur " Pneumonie et Tuberculose chez les troupes noires " de A.Borrel (paru en 1920 dans les annales de l'institut Pasteur) qu'il faut retenir: C'est le plus célèbre, celui qui va marquer la connaissance des idées sur le sujet durant près de la moitié du vingtième siècle, en introduisant pour la première fois la notion de RACE VIERGE.

II-) POUR BROQUET & MORENAS (1920).

a-) Il faut distinguer quatre formes principales:

- Forme à adénopathie hilaire progressive.
- Forme ulcéro-caséeuse.
- Formes pleurales.
- Forme à généralisation précoce.

1º/ forme à adénopathies hilaires progressives.

C'est la plus fréquente et la plus caractéristique; elle est notée dans 45 des 70 observations. On ne retrouve jamais de bacilles de Koch malgré des recherches répétées. La symptômatologie fonctionnelle est très longtemps absente.

Les auteurs en dressent une " unité évolutive ":

- Première période: Adénopathie trachéo-bronchique simple.
- Deuxième période: Adénopathie hilaire progressive excentrique (i.e. à extension pulmonaire).
- Troisième période: Généralisation pulmonaire (broncho-pneumonie caséeuse).

Le tout évoluant en quatre mois en moyenne vers la mort.

2º/ forme ulcéro-caséeuse.

Deux cas seulement sont relevés par Broquet & Morenas, qui insistent sur:

- la rareté de cette forme chez le noir (2 cas sur 70); " la forme de tuberculose la plus banale chez nous est très rare chez le sénégalais ".
- la présence de bacilles dans l'expectoration.
- l'allure plus rapide que chez le blanc.

3º/ formes pleurales.

Les auteurs rapportent la grande fréquence des pleurésies hémorragiques tuberculeuses, très abondantes, à évolution rapidement mortelle. A coté de ces dernières, les pleurésies séro-fibrineuses ne sont pas rares.

4º/ forme à généralisation précoce.

Le plus souvent les auteurs observent des lésions primitivement ganglionnaires ou pleurales, évoluant tardivement vers une généralisation. Dans deux cas au contraire, les signes de généralisation furent précoces.

b-) Pour ces auteurs, qui suivent en cela Borrel, la conclusion qui s'impose est la suivante:

" Chez le sénégalais non acclimaté, on assiste en somme à la genèse et à la première évolution de la tuberculose pulmonaire de l'homme ".

Cette hypothèse étant confortée par trois arguments:

- la tuberculose est rare en Afrique. (On a vu plus haut les arguments retenus en ce sens).
- Le tableau clinique, mais surtout les lésions anatomiques frappent les auteurs par leur ressemblance avec celles de la tuberculose du jeune enfant.
- de même ils relèvent une analogie entre la tuberculose du sénégalais transplanté et celle du cobaye.

III-) C.BLAZY (1925).

a-) Dans un rapport adressé au ministre de la guerre, distingue les formes anatomo-cliniques suivantes:

- adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse (80%).
- pneumonie & broncho-pneumonie caséeuse (30%).
- granulie (25%).
- tuberculose pulmonaire chronique (5%).
- tuberculose abdominale pure (rare).

Toutes sauf les deux dernières ont un point commun: elles sont à point de départ ganglionnaire trachéo-bronchique.

Iº/ les adénopathies trachéo-bronchiques.

Elles sont retrouvées dans 80% des vérifications et elles sont en général accompagnées d'une adénite sus-claviculaire.

2º/ la pneumonie & la broncho-pneumonie caséeuses.

Représentent 30% des observations. Il s'agirait de lésions à point de départ ganglionnaire médiastinal.

3º/ la granulie (25% des observations).

Ici la maladie ne se présente pas sous forme massive et localisée, mais le tubercule, en fin semis, se répand sur tous les organes: " il neige du tubercule ".

Les autres formes sont rares, singulièrement la tuberculose pulmonaire chronique, classique chez l'européen, qui ne représente que 5% des observations.

b-) Ces constatations inspirent à l'auteur les remarques suivantes:

1º/ La tuberculose du sénégalais se présente " comme une maladie aigüe du système lymphatique ".

2º/ Si on la compare à celle de l'européen, on remarque chez ce dernier:

- une tendance à l'ulcération, à la caséification et à l'évacuation du contenu des foyers.
- une tendance à la guérison par fibrose, calcification, enkystement des lésions.

Qu'on ne retrouve pas chez le sénégalais.

3º/ Enfin, " l'infection bacillaire du sénégalais revêt dans la majorité des cas les caractères les plus purs de la tuberculose dite de primo-infection ".

Dans un travail personnel (1918) portant sur l'étude de l'allergie tuberculinique de plusieurs centaines de jeunes recrues, nouvellement arrivées des villages sénégalais de l'intérieur, l'auteur avait trouvé seulement 5% de réactions positives.

Il avait observé en outre, que la fréquence de ces réponses positives augmentait avec la durée du séjour.

c-) Mais surtoût, Blazy formule un pronostic d'avenir qui n'est pas sans intérêt:

Les rares sénégalais qu'il observe et qui présentent une tuberculose classique (de type européen), proviennent des populations côtières et des agglomérations urbaines, celles qui fournissent le plus fort pourcentage de cutis positives.

" Aussi est il logique de compter dans la suite avec une plus grande fréquence de la forme chronique relativement aux formes aigües, au fur et à mesure de l'évolution dans le temps de l'infection tuberculeuse en Afrique ".

Nous verrons , grace au recul dont nous disposons, quelle valeur attacher à cette prédiction.

IV-) MAIS COMME NOUS L'ENVISAGIONS PRECEDEMMENT, C'EST BORREL EN 1920, QUI PUBLIA LE TRAVAIL LE PLUS CIRCONSTANCIE ET LE PLUS ORIGINAL SUR LE SUJET.

a-) Il isole les éléments d'un diagnostic précoce, basé sur une fine analyse sémiologique, à la recherche:

- d'un ganglion sus-claviculaire, retrouvé dans 70% .
- d'un certain degré de myo-oedème.
- d'un aspect particulier de la peau du malade, qui perd son caractère lisse et brillant pour devenir sèche et terne.
- d'un amaigrissement, enfin.

b-) De la pratique systématique de 500 autopsies, il précise plusieurs types anatomo-cliniques qui lui permettent d'ébaucher une conception dynamique de la genèse des lésions tuberculeuses du sénégalais transplanté.

Iº/ Sur 500 autopsies, les formes anatomo-cliniques rencontrées se décomposent ainsi:

- ganglions médiastinaux tuberculeux: 80%.
- pneumonie caséeuse: 30%.
- granulie: 25%.

- tuberculose pleuro-péritonéale: 10%.
- tuberculose chronique (cavernes du sommet, fonte du tissu pulmonaire): 5%.
- tuberculose abdominale isolée: rare.
- tuberculose osseuse: rare.
- remarquons que deux fois seulement fut relevée une atteinte rénale, et pas une seule fois d'atteinte méningée.

2º/ Ce qui permet à l'auteur d'ébaucher une véritable dynamique évolutive de ces lésions; c'est ainsi qu'en ce qui concerne les plus fréquentes:

- tantôt les ganglions trachéo-bronchiques arrivés à un certain degré de caséification et de fonte, déversent directement leur contenu dans les alvéoles pulmonaires; une pneumonie caséeuse, lobaire, massive, prend alors naissance.

- dans d'autres cas, la mort survient à la suite d'une véritable " injection " tuberculeuse intraveineuse, dont le point de départ se trouve dans un ganglion caséeux: " il neige du tubercule ". C'est la granulie, cause de 70% des léthalités.

Dans tous les cas, ou presque, la mort survient dans un délai qui ne dépasse jamais quelques mois.

c-) Mais ce qui fait l'originalité de l'oeuvre de Borrel, c'est l'introduction de la célèbre théorie de la race vierge.

Les étapes du raisonnement qui le conduisent à cette notion sont les suivantes:

Iº/ La tuberculose est rare en Afrique occidentale:

- " au Sénégal, la tuberculose ne compte pas... les mèdecins coloniaux sont tous d'accord la dessus."

- Calmette en 1912 avait publié les résultats suivants:
  = 5% de cutis positives dans les villages de l'AOF.
  =20% " " " " villes " "
  alors qu'à Paris à la même date, l'index de tuberculisation atteignait chez des populations comparables 80% à 90%.

- Les tirailleurs récemment transplantés au camp de Fréjus ont une cuti négative dans une proportion de 95%.

- Enfin, parmi les 25.000 hommes récemment transplantés, seulement 2% sont tuberculeux dès l'arrivée; ils savent parler français, ont été en contact avec l'européen au Sénégal, proviennent des centres urbains.

2º/ Metchnikoff et Burnet, étudiant des peuplades de Russie vivant à l'état sauvage, découvrent qu'ils sont très sensibles à l'infection tuberculeuse dès leur arrivée en France.

3º/ Klotz lors d'une visite au camp de Fréjus, signale à Borrel que les noirs américains transplantés depuis quatre ou cinq générations font une tuberculose sensiblement identique à celle des blancs.

S'appuyant sur ce faisceau d'arguments, la conclusion de Borrel est la suivante:

- " la tuberculose des troupes sénégalaises est particulièrement grave, et les sénégalais particulièrement sensibles...

- ils représentent un terrain vierge au point de vue tuberculeux qui n'a jamais été en contact pendant sa jeunesse avec le bacille tuberculeux.

- la tuberculose qu'il contracte par intercontagion dans la promiscuité des baraquements, evolue suivant un type suraigü qui évoque la tuberculose de l'enfant... ou du singe, ou du cobaye. "

V-) SYNTHESE.

Au total, et pour introduire un peu de clarté dans l'exposé, nous pouvons rassembler brièvement les grandes lignes qui se dégagent de cette première période, que dans un souci de simplification nous rattachons à la première guerre mondiale:

I - La tuberculose en Afrique est réputée peu répandue.

II - Les sénégalais arriveraient en France avec une cuti négative.

III - Les sénégalais y sont atteints en grand nombre d'une tuberculose sévère d'évolution rapidement mortelle, ou les localisations ganglionnaires jouent un rôle prépondérant.

IV - Autant d'éléments qui la font assimiler à une tuberculose de primo-infection chez ces adultes appartenant à une race vierge (Borrel), exempte jusque là de tout contact avec le bacille tuberculeux.

Telle est la conception qui prévaut parmi les phtisiologues français au début de ce siècle.

DEUXIEME PERIODE: LA SECONDE GUERRE MONDIALE.

I-) DURANT L'ENTRE DEUX GUERRES.

Pendant ces vingt-cinq années, le problème de la tuberculose du noir africain perd de son acuité... faute de transplantés. Mais il ne faudrait pas pour autant lui dénier toute influence sur notre sujet, et ceci pour deux raisons

- D'une part, les connaissances sur l'endémie tuberculeuse en Afrique progressent et se modifient;
- D'autre part, peu à peu s'édifie une meilleure connaissance de l'évolution de la maladie tuberculeuse, qui apparait plus complexe, moins schématique, qu'elle n'avait semblé tout d'abord.

a-) Les connaissances sur l'endémie tuberculeuse en Afrique progressent:

Iº/ De I929 à I934, sur 2I.290 réactions tuberculiniques effectuées en A.E.F, Boisseau & Nodenat observent 7.829 cas positifs, i.e. 37% (bull. soc. path. exot. I934).

2º/ En I934, on estime que 45% de la population globale de Brazzaville a une cuti positive (J. Auclert I937).

3º/ En I935, Bellocq opérant sur des tirailleurs habitant Brazzaville et n'ayant jamais quitté le pays, trouve 87% de réactions positives. Il remarque en outre, que les résultats sont identiques entre les tirailleurs métropolitains de retour de France et les tirailleurs transplantés régionaux, (toujours restés en Afrique).

4º/ Cummins publie, chez les " caffres " des mines du Rand, 75% de réactions positives.

Nous pouvons estimer, avec J & H Millot (I94I), que la tuberculose à cette période existe en Afrique; que l'indice tuberculinique chez l'adulte est au moins égal à 20% dans les centres peu fréquentés, et dépasse 50% dans la plupart des ports et centres d'échanges.

Ces résultats soulèvent une interrogation, sur laquelle nous reviendrons: Convient-il de considérer la différence constatée entre l'index tuberculinique en Afrique au début du siècle et en I940,

- Comme la preuve de l'extension progressive de la maladie sur ce continent au fil des années?
- Ou au contraire faut-il mettre en doute les chiffres avancés par les premiers auteurs, peut être trop optimistes?

Cette question est d'importance, elle n'est pas résolue.

b-) Peu à peu s'édifie une meilleure connaissance de l'évolution de la maladie tuberculeuse.

Pour Borrel et ses contemporains, la constatation d'adénopathies médiastinales tuberculeuses était synon me de primo-infection. L'analogie avec la tuberculose de l'enfant paraissait évidente.

Ces conclusions servirent d'ailleurs à étayer diverses théories, en particulier celle de Calmette & Jousset qui considèraient que l'adénopathie médiastinale était la première localisation obligée de la maladie tuberculeuse.

Mais un fait nouveau fut apporté par la publication d'observations d'adénopathies médiastinales tuberculeuses chez l'adulte depuis longtemps allergique:

- Chabaud en I935 (Revue de Médecine Nº3)
- Bugas (thèse Paris I937), Troisier, Bariéty.
- Canetti I939.

Si bien qu'en I940, lorsque les phtisiologues français auront à connaitre une nouvelle épidémie chez les tirailleurs sénégalais, c'est à la lumière de ces travaux, et enrichis de ces expériences, qu'ils la considèreront.

II-) COMMENT SE PRESENTAIT LA TUBERCULOSE DU TIRAILLEUR SENEGALAIS EN 1940?

a-) Des nombreux travaux publiés à cette époque, se dégagent deux constatations essentielles:

1º/ La maladie revêt toujours la même expression:

- elle est toujours aussi grave.
- la prédominance de l'atteinte ganglionnaire est toujours aussi marquée.

2º/ Mais la conception pathogénique n'est plus la même:

- la tuberculose est plus répandue en Afrique.
- l'index tuberculinique des tirailleurs sains est élevé, peu différent de celui des blancs de même age.
- l'adhésion au cycle de Ranke moins rigoureuse.
- l'influence des facteurs externes mieux comprise.

b-) Si bien que la plupart des auteurs se prononcent en faveur d'une tuberculose de réinfection (exogène ou endogène, la question n'est pas tranchée), dont la gravité et l'originalité s'expliquent à la fois par:

1º/ L'importance des facteurs extérieurs, " sociaux ": dénutrition, promiscuité, transplantation, contraintes climatiques.

2º/ Les caractéristiques purement ethniques:

- le noir africain présenterait une plus grande fragilité du système réticulo-endothélial.
- une capacité vitale réduite.
- une rate moins volumineuse.

- il serait plus sensible au risque d'ensoleillement etc.

c-) Pour preuve, nous voudrions rappeler quelques résultats, et quelques conclusions, du remarquable travail de J.Marret (thèse Paris 1942) effectué dans le service de Pelle à Rennes, qui paraît assez représentatif de ce courant d'idées nouvelles.

Iº/ Les malades examinés:

L'auteur analyse les observations de 654 tirailleurs qui participèrent à la brève campagne de 1940, furent capturés en juin, puis durent supporter des conditions de vie très rudes dans des camps de prisonniers, avant de faire une tuberculose et d'être envoyés dans le service de Pelle à Rennes.

Tous sont originaires d'A.O.F. et ont à leur actif deux à trois années de service, tant en métropole qu'en Afrique du nord; leur transplantation n'est donc pas récente.

Tous sont soumis à des conditions de vie très misérables: surmenage, sous alimentation, contraintes climatiques inhabituelles.

De tels malades appartiennent à une population dont l'index tuberculinique est élevé. C'est ainsi que la même année, au camp de la Marne, sur 418 prisonniers à priori non tuberculeux, on relève 72% de réactions positives. " Le pourcentage de cuti-réactions positives est sensiblement le même dans les camps de prisonniers noirs que dans les collectivités blanches du même age ".

2º/ Les formes anatomo-cliniques rencontrées.

Sur 654 malades, IOI décédèrent en moins de six mois, ce qui souligne la gravité de la maladie sur ce terrain.

- Les IOI malades autopsiés présentaient tous des adénopathies médiastinales (IOO%), tantôt isolées, tantôt associées à des atteintes parenchymateuses, séreuses, ou osseuses.
- Parmi les autres malades (553), pour lesquels par conséquent n'existe pas de vérification nécropsique, plus de [illegible] présentaient des adénopathies médiastinales. Les principales atteintes étaient les suivantes:
  - = adénopathies médiastinales isolées: 336
  - = adén. méd. & atteinte pulmonaire: 95
  - = adén. méd. & pleurésie: IO4

3º/ Les principales implications de ces résultats, pour Marret sant les suivantes:

" Chez le noir d'Afrique soumis au régime des camps de prisonniers, la tuberculose évolue suivant un mode très particulier qui n'admet aucune comparaison possible avec les divers types habituellement rencontrés chez l'adulte blanc ".

" Le point de départ de l'affection, décelable seulement aux rayons X, se trouve dans les ganglions médiastinaux ".

" Il est infiniment probable que la plupart des tuberculoses observées sont des tuberculoses de réinfection. En tous cas, il est abusif de considérer l'adénopathie du noir comme la réaction satellite d'un chancre d'inoculation viscéral ".

III-) SYNTHESE.

Au total, et dans un souci de concision, nous voudrions rassembler les quelques idées qui prévallent au lendemain de la seconde guerre mondiale, en matière de tuberculose du noir africain transplanté:

I - La tuberculose est répandue en Afrique.

II - Les noirs transplantés font avec une particulière fréquence une tuberculose grave.

III - L'atteinte ganglionnaire y est prédominante.

IV - Mais il s'agirait vraisemblablement de tuberculose de réinfection, dont la gravité et l'originalité seraient favorisées par des facteurs ethniques et sociaux.

TROISIEME PERIODE: LA PERIODE CONTEMPORAINE.

I-) DURANT LES ANNEES QUI SUIVIRENT LA SECONDE GUERRE MONDIALE.

Le problème de la tuberculose du sénégalais perdit de son actualité:

a-) La conjoncture économique qui justifiera les migrations ultérieures n'était pas encore constituée; les impératifs militaires appartenaient déjà au passé; de sorte que les migrations cessèrent provisoirement.

b-) Et à l'exception de quelques rares travaux, portant sur des échantillons numériquement limités et sociologiquement différents (en particulier la thèse de F. GRALL -Paris 1955-" la tuberculose pleuro-médiastine chez l'étudiant noir en France "), cette période reste de peu d'intérêt pour notre sujet.

II-) MAIS DEPUIS 1960 SE DESSINE UN NOUVEAU COURANT,

qui va s'amplifiant, et à la faveur duquel se posera à nouveau le problème de la tuberculose du noir africain transplanté.

a-) Son ampleur est telle qu'on a pu parler à son sujet " d'une effrayante épidémie ",et que la société Française de Tuberculose dans sa séance du 21. 10. 67, sous l'autorité du Professeur Et. BERNARD, a cru devoir voter une motion demandant aux pouvoirs publics:

1º/ "que des efforts soient accélérés et accrus à la mesure des besoins dont l'ampleur et l'urgence sont évidents."

2º/ "que soit pris en considération l'arrêt de l'immigration des travailleurs noirs, tant que la situation sanitaire de ceux qui ont déjà immigré ne sera pas améliorée."

b-) Nous voudrions, à partir des travaux dont on trouvera la référence exacte à l'index bibliographique (singulièrement ceux auxquels est attaché le nom du Professeur BROCARD), tenter de cerner le visage de cette affection, sur ce terrain, tel qu'il est apparu ces dix dernières années aux phtisiologues français.

III-) CETTE MALADIE EST PARTICULIERE PAR:

- Le malade qu'elle frappe.
- Le nombre de malades qu'elle frappe.
- Les formes cliniques qu'elle revêt.
- Les problèmes thérapeutiques qu'elle pose.
- Son évolution.

Voyons tour à tour ces différents points.

a-) Le terrain.

Marqué d'un caractère essentiel: l'homogénéité. Chacun des paramètres dont nous disposons pour définir la population de malades est, à ce titre, révélateur:

1º/ Leur age.

75% des malades de BROCARD (1962, 72 cas) ont entre 21 et 30 ans.
85% de nos malades ont entre 21 et 35 ans.
On retrouve ces proportions chez tous les auteurs. Il s'agit donc d'adultes jeunes.

2º/ Leur origine.

L'immense majorité d'entre eux appartient à l'ethnie Sarakollé. Ce sont des cultivateurs qui vivent en Afrique dans la haute vallée du fleuve Sénégal.
Les hasards des découpages politiques leur attribuèrent des nationalités diverses: Malien, Mauritanien, Sénégalais.
Ce sont ces mêmes populations qui constituèrent en 1914 et 1940 les bataillons de tirailleurs sénégalais.

3º/ Leur sexe.

Tous sont de sexe masculin... ou presque. Les rares malades du sexe féminin proviennent plutôt du Cameroun.

4º/ La durée du séjour en France au moment du diagnostic.

Pour les malades de BROCARD & coll. (1962, 72 cas), ce délai est en moyenne de une année.
Pour FOURESTIER & coll.(1967, 163 observations) ce délai est de 17 mois.
Pour LESOBRE & coll. (1963, 153 cas) ce délai est supérieur à un an pour 2/5 des malades.
Dans nos observations elle est égale en moyenne à deux ans dans plus de 60% des cas.

Retenons dans l'ensemble que les malades déclarent leur tuberculose après un à deux ans de séjour en France.

5º/ Réactions tuberculiniques.

L'état des réactions tuberculiniques dans une population de référence identique, mais à priori non tuberculeuse, en particulier peu de temps après l'arrivée en France, est aujourd'hui accessible grace aux travaux effectués dans les dispensaires.

Tous les auteurs s'accordent à considérer que 90% des transplantés noirs africains débarquent avec des réactions positives. C'est ainsi que:

AUJOULAT, DESCOINGS, BROCARD, au centre médico-social Bossuet, sur des malades à priori non tuberculeux et dont la moitié est en France depuis moins de trois mois:

- En I964, sur 70 réactions tuberculiniques pratiquées et lues:

  Cuti-réactions négatives: 64,2%
  ID. IO unités " " " : 8,3%
  ID. 50 unités " " " : 3,2%

- L'année suivante (I965) sur I720 enquêtes tuberculiniques complètes, les mêmes auteurs relèvent un taux de négativité de 6,2%.

Ils insistent sur l'intérêt médiocre de la cuti-réaction qui donne un taux important d'anergiques. La pratique systématique des ID. IO unités (voire à 50 unités) rectifie cette erreur et montre que " le pourcentage d'allergiques à la tuberculine dépasse 90% chez ces sujets ".

Ces résultats sont importants car ils conduisent à formuler une interrogation: Quelle est la valeur des enquêtes tuberculiniques (par Cuti-réaction) faites en Afrique par CALMETTE, en France par BORREL, qui servirent à édifier la théorie de la race vierge?

6º/ Les associations pathologiques.

Cette question a déjà été évoquée. Rappelons simplement que la plupart des auteurs évoquent les problèmes posés par:

- Les parasitoses (surtout Bilharziose et Filariose).
- Les hémoglobinopathies.
- Les Tréponématoses.
- Les anomalies du protidogramme.

Si nos malades représentent, comme nous venons de le montrer, une population homogène (age, sexe, origine, durée du séjour en France, réactions tuberculiniques...)

Tous ont également en commun de vivre et de travailler dans des conditions misérables. Ce facteur social, dont l'importance n'a échappé à aucun auteur, mérite un développement plus long et sera envisagé plus tard.

b-) Le nombre de malades qu'elle frappe.

Originale par les malades qu'elle frappe, singulière par les formes cliniques qu'elle revêt, la tuberculose du noir africain transplanté se distingue encore par un caractère essentiel: Sa fréquence...

Il suffit pour s'en convaincre de réunir quelques données épidémiologiques, empruntées au " bureau central de documentation du Comité National de défense contre la Tuberculose et les maladies respiratoires " (Docteur H. Coudreau).

Iº/ Quelques définitions.

Elles sont nécessaires à la compréhension des données épidémiologiques:

INCIDENCE : Taux des nouveaux cas pendant une période donnée.
PREVALENCE : Taux de l'ensemble des cas à un moment donné.
TAUX DE MORTALITE : Nombre de décès pour IOO.OOO habitants.
INDICE DE MORBIDITE : Prévalence + Incidence.
Un certain REFLET DE L'INCIDENCE peut être obtenu en considérant le taux des malades qui entrent en sanatorium en une période donnée. C'est lui que nous considèrerons le plus souvent.

2º/ Incidence de la " tuberculose maladie " chez les français.

Sur une population globale approximative de 50.000.000 de français:

24.000 sont entrés en sanatorium en I968.
24.000 " " " " " " " I969.
2I.000 " " " " " " " I970.

Soit un taux moyen de 0,05%.

3º/ Incidence de la " tuberculose maladie " chez les migrants dans leur ensemble, sans distinction d'origine.

année	population globale d'étrangers	nombre entrant en sanatorium	taux
I968	3.000.000	6.000	0,20%
I969	3.200.000	4.970	0,I5%
I970	3.400.000	4.I22	0,I0%

Ainsi, un étranger sans distinction de nationalité ni de race, a en moyenne trois fois plus de chances qu'un français métropolitain d'entrer en sanatorium.

Et en tenant compte des réserves formulées plus haut, nous pouvons écrire qu'un étranger sans distinction de nationalité ni de race, a en moyenne trois fois plus de chances qu'un français métropolitain de contracter la tuberculose.

4º/ Incidence comparée de la tuberculose chez les migrants en fonction de leurs nationalités.

D'emblée apparaissent trois classes de risques différentes:

- Espagnols, portugais, italiens, représentent respectivement: 32%, 32%, I8% de l'ensemble des travailleurs migrants. L'incidence de la tuberculose maladie, pour eux, est voisine de celle des français; elle est stable.
- Yougoslaves (2% des migrants), polonais (7% des migrants), maghrebins (25% des migrants). L'incidence tuberculeuse pour eux est quatre à six fois supérieure à celle du français; elle est plutôt en régression.
- Les noirs africains francophones (2% de l'ensemble des migrants) constituent une catégorie très à part. Pour eux l'incidence est 20 à 30 fois supérieure à celle du français. Et 4 à 5 fois supérieure au plus exposé des autres travailleurs migrants:

année	population globale de noirs	taux
I968	50.000	2%
I969	50.000	2%
I970	55.000	I,2%

L'analyse de ces quelques chiffres révèle que:
- D'une part, le risque de contracter la tuberculose maladie pour un travailleur migrant moyen est trois fois supérieur à celui du français.
- D'autre part, le risque de contracter une tuberculose maladie pour un travailleur noir africain transplanté est 20 à 30 fois supérieur à celui du français.

c-) Les formes cliniques qu'elle revêt.

L'analyse des observations recueillies par les auteurs chez les tirailleurs sénégalais a révélé certaines singularités, dont les principales étaient constituées par:

- L'importance des manifestations ganglionnaires médiastinales (80% des autopsies pour BORREL, 90% pour MARRET).

- La rareté des formes chroniques "type européen" (5% pour BORREL).

- La fréquence des atteintes pulmonaires massives (30% des "pneumonies caséeuses" pour BORREL).

- L'absence de calcification, de fibrose, d'évacuation des foyers parenchymateux, etc...

- La forte proportion de mortalité.

Que reste-t-il de ces singularités aujourd'hui? Alors que certaines conditions sont différentes:

- Les diagnostics sont réputés plus précoces grace aux moyens radiologiques perfectionnés de dépistage.

- Il existe des thérapeutiques efficaces et nombreuses qui peuvent être instaurées tôt.

- Les observations ne sont plus basées sur des constatations autopsiques, mais sur des moyens d'investigation indirects (radiographies, endoscopies, etc...).

Que reste-t-il de ces singularités? C'est ce que nous allons tenter d'établir à partir des travaux contemporains déjà évoqués.

Iº/ R.LESOBRE & collaborateurs présentent une communication à la Société Médicale des Hopitaux de Paris le 5 février I965 sur "La pathologie tuberculeuse du travailleur noir africain à Paris" à propos de 53 cas.

- Les circonstances de découverte sont variables:
  - 28 fois syndrome fébrile.
  - 4 fois hémoptysie inaugurale.
  - 9 fois toux tenace avec expectoration rebelle.
  - 7 cas dépistage systématique.
  - 5 cas autre localisation tuberculeuse.

  Les auteurs insistent sur le caractère le plus souvent aigü et brutal du début.

- Les lésions découvertes à la radiographie thoracique suggèrent trois remarques:
  - La fréquence des adénopathies médiastinales (60%, 29cas)
    .. le plus souvent asymptômatiques.
    .. de volume souvent important.
    .. à contours nets.
    .. 8 fois bilatérales.
    .. I4 fois isolées.
  - L'importance des lésions parenchymateuses.
    .. 2 pneumonies tuberculeuses.
    .. I2 lobites tuberculeuses.
    .. 2 miliaires bilatérales.
    .. 9 formes nodulaires broncho-pneumoniques ou ulcéro-nodulaires.
    .. 7 formes cavitaires pures.
    .. 4 infiltrats.
    .. 5 fois furent notés des troubles de ventilation en relation avec des adénopathies.
  - La rareté des atteintes séreuses: 4 PSF. et pas de péricardite.

- Les autres formes cliniques rapportées furent: 4 adénites cervicales, 2 laryngites, 2 épididymites, 2 atteintes osseuses.
- Le diagnostic bactériologique a été possible 33 fois. Ce sont surtout les adénopathies médiastinales isolées et les pleurésies pour lesquelles aucune confirmation bactériologique ne fut apportée.

2º/ Max FOURESTIER & collaborateurs présentent une communication à la Société Française de Tuberculose le 2I octobre I967. Ils font part de leur expérience acquise au dispensaire de Montreuil. Sur I63 observations recueillies en I966:

- Les circonstances de découverte:
  - Examens systématiques 38%.
  - Symptômatologie clinique 62%.
- Sur I53 localisations dites pulmonaires:
  - Manifestations ganglionnaires médiastinales ou juxta-bronchiques exclusives ou largement prédominantes: 54%.
  - Phtisie commune "type européen" (infiltrats, cavernes, etc...): 30%.
  - Pleurésies et autres processus séreux isolés ou prévalants: I6%.

3º/ H.BROCARD & collaborateurs publient dans la Revue de Tuberculose et de Pneumologie (tome 26, Nº9-I0, I962) le premier des articles récents sur "la tuberculose des noirs (originaires de l'Afrique francophone) travaillant dans la région parisienne" (72 cas).

- Les circonstances de découverte de la maladie:
  - Dépistage systématique 39 cas.
  - Formes découvertes à l'occasion de signes cliniques 32 cas.

- Symptômatologie à l'entrée à l'hopital:

  Les auteurs insistent:

  - D'une part sur le fait que ces malades gardent dans l'ensemble un bon état général;
  - D'autre part sur la latence des atteintes ganglionnaires médiastinales.

- Les formes cliniques rencontrées.

  - Adénopathies hilaires 44%.
    .. retrouvées 32 fois sur 72 malades.
    .. unilatérales le plus souvent, elles étaient bilatérales dans 4 cas.
    .. très volumineuses, empiètant largement sur le parenchyme pulmonaire, elles en étaient bien séparées (sauf en cas de lésion parenchymateuse associée).
    .. isolées I8 fois, elles s'associaient à une atteinte parenchymateuse dans I4 cas (dont deux troubles de ventilation), à une péricardite dans 3 cas, à un épanchement pleural discret 5 fois, à une adénite périphérique I fois.
  - L'atteinte pulmonaire 40 cas.
    .. dans deux cas elle était manifestement satellite des adénopathies médiastinales.
    .. ailleurs (38 cas) il s'agissait d'une tuberculose véritable:
      + tuberculose discrète, banale, de type européen: 22 cas, soit 30% de la totalité.
      + tuberculose massive: I6 cas.
  - L'atteinte des séreuses est relativement fréquente:
    .. I0 pleurésies abondantes isolées à symptômatologie bruyante.
    .. 6 comblements discrets associés à des adénopathies du médiastin.
    .. I péricardite.
  - Il faut encore signaler:
    .. 5 adénopathies périphériques.
    .. 2 épididymites.
    .. I mal de Pott.
  - En bronchoscopie, beaucoup d'adénopathies n'avaient

aucune traduction.

- Le diagnostic précis fut apporté dans 33% des cas par la découverte du bacille tuberculeux. En particulier, il ne fut que très rarement retrouvé chez les porteurs d'adénopathies médiastinales, et jamais quand celles çi étaient isolées.
- Les réactions tuberculiniques étaient positives chez tous les malades. Très rarement phlycténulaires.

4º/ Conclusion.

L'analyse des trois publications suggère plusieurs remarques:

- On relève une grande similitude entre les différents tableaux cliniques qu'elles rapportent; et l'on insistera surtout sur:

  - La fréquence des adénopathies médiastinales: 50%. Elles sont souvent volumineuses, bien limitées, asymptômatiques, rarement bacillifères.
  - La rareté des atteintes parenchymateuses "chroniques" de type européen: 25%.

- On peut dégager parmi ces tuberculoses deux grands cadres nosologiques:

  - Celles qui ressemblent à des primo-infections, si l'on se fie:
    .. aux adénopathies médiastinales et périphériques,
    .. aux atteintes des séreuses,
    .. aux miliaires,
    .. aux fistules bronchiques.

    Ce sont les plus fréquentes: 60% p. BROCARD.
    75% p. LESOBRE.

  - Celles qui ressemblent à des tuberculoses communes de de réinfection: infiltrats, cavernes, images nodulaires et ulcéro-nodulaires. Ce sont les plus rares: 25%.

d-) Problèmes thérapeutiques et évolutifs.

C'est avec une grande curiosité que nous abordons les problèmes posés par le traitement de la tuberculose du noir africain transplanté.

En effet, les anciens auteurs ne pouvaient lui opposer aucune thérapeutique véritablement décisive. Si bien que ce chapitre, aujourd'hui essentiel, fait complètement défaut à leurs travaux.

Dèjà singulière à bien des égards, cette pathologie va-t-elle encore se distinguer quant à sa réponse aux traitements modernes?

C'est ce que nous voudrions préciser à la lumière des résultats publiés depuis I962; surtout ceux obtenus, tant au dispensaire Bossuet, qu'à l'hopital Tenon, sous l'autorité du Professeur BROCARD, qui firent l'objet de plusieurs rapports cités à l'index bibliographique.

Iº/ Les principes généraux du traitement appliqué.

Aucune originalité n'apparait, tous les auteurs s'accordent à préconiser:

- Une triple association antituberculeuse:
  - Le choix se faisant le plus souvent parmi: INH, PAS, ETHAMBUTOL, RIFAMPICINE. (Les deux derniers récemment apparus).
  - Utilisés aux doses habituelles.
  - Pendant au moins I8 mois (dont une bonne partie au repos en milieu sanatorial).

- Une corticothérapie initialement forte, puis progressivement dégressive dans trois indications principales:
  - Les atteintes ganglionnaires.
  - Les atteintes des séreuses.
  - Les tuberculoses parenchymateuses très étendues.

- Exceptionnellement le recours au chirurgien.

2º/ Les résultats du traitement.

Les conceptions actuelles en ce domaine se sont élaborées en deux temps:

... L'optimisme suggéré par les premiers résultats (" ces tuberculoses réagissent merveilleusement à la thérapeutique" écrivait H.BROCARD en I962),
... Fut vite tempéré par les observations nouvelles recueillies les années suivantes (et particulièrement depuis I968) qui rapportaient la fréquence des rechutes et l'apparition de résistances bactériennes.

- L'optimisme des premières années était suggéré par les constatations suivantes:

  - Très bonne tolérance des médications utilisées.
  - Disparition des bacilles dans les délais usuels.
  - Nettoyage rapide des images radiologiques pulmonaires, qui s'avèrent exceptionnellement sensibles à la thérapeutique (le nettoyage total est obtenu en 6 mois à I an).
  - Résolution extrêmement rapide des pleurésies et des péricardites.
  - Régression souvent spectaculaire des adénopathies médiastinales. Parfois cependant celle-çi est plus lente. Faut-il voir là les conséquences d'une distinction entre adénopathie encore purement inflammatoire ou déjà très caséifiée?
  - Absence de résistances bactériennes.

Toutes ces raisons permettaient au Professeur BROCARD d'écrire en I962: "Le facteur ethnique n'a aucune influence néfaste dans l'action de la thérapeutique, et

c'est une consolation réconfortante de noter que ces noirs, qui font si facilement des tuberculoses sévères, réagissent merveilleusement à la thérapeutique actuelle".

Mais déjà quelques difficultés rencontrées dans l'application du traitement, en particulier quant au respect de sa durée, devaient faire réserver le pronostic.

- C'est à partir de I965 que cet optimisme des premières années fut tempéré par la découverte de souches résistantes et par la fréquence des rechutes.

LES RESISTANCES.

Signalées par H.BROCARD en I968 à la Société Française de Tuberculose (l'auteur rapporte plusieurs cas de noirs tuberculeux dont les bacilles avaient au moins une résistance primaire; l'un d'eux devant décéder).

Ce problème est évoqué dans le "troisième rapport du centre d'études sur la résistance primaire", années I966 à I970, G.CANETTI & collaborateurs.

Y apparaissent trois caractères qu'il importe de souligner:

- Les bacilles retrouvés chez les noirs africains développent des résistances primaires avec une plus grande fréquence que chez d'autres malades. C'est ainsi que si l'on exprime le total des résistances primaires, en pourcentage, sur 6.500 souches recueillies de I966 à I970, en fonction de la nationalité du malade, on obtient:

nationalité du malade	% total de résistances
Français	8,9%
Nord-africains	I2,2%
Autres(moins les noirs)	I3,9%
Noirs africains	I6,8%

- Ces résistances s'exerçaient toutes, dans l'échantillon recueilli (I9 cas), à l'égard de la Streptomycine. Elle était isolée dans I4 cas (I2,4%).

- Enfin, dans I3 des I9 cas, le niveau des résistances atteignait I.000 microgrammes, ce qui représente un niveau de résistance très rarement retrouvé par ailleurs.

LES RECHUTES.

Spécialement fréquentes depuis quelques années, (BROCARD avance un taux de I0% à I3%). Il s'agit de la proportion de malades traités pour rechute, par rapport au nombre total de noirs traités pour tuberculose entre I968 et I972, tant à l'hopital Tenon qu'au dispensaire Bossuet.

Elles concernent des malades qui lors de leur première atteinte bénéficièrent:

- D'un séjour hospitalier.
- Puis d'une cure sanatoriale.
- Enfin d'une prescription ambulatoire.

Le plus souvent le traitement a été correctement suivi entre 9 mois et I an en milieu spécialisé. Par contre aucune certitude n'est possible en ce qui concerne la réalité de la cure ambulatoire.

Tous avaient alors une image radiologique normale, et des examens bactériologiques négatifs.

Le plus souvent la rechute a lieu dans le cours de la seconde ou de la troisième année suivant la fin du séjour sanatorial.

La seconde atteinte est plus grave que la première en règle générale.

La fréquence des atteintes ganglionnaires médiastinales est presque aussi élévée qu'en cas de première atteinte. Ce qui donne un argument décisif aux adversaires de la théorie de la race vierge. La preuve est faite que ces adénopathies peuvent se développer chez des malades allergiques depuis plusieurs années.

Dans la statistique de BROCARD, on note que les rechutes concernent dans 70% des cas des malades ayant présenté au moins une atteinte ganglionnaire lors de la première manifestation de la maladie. Faut-il en déduire que c'est le tropisme ganglionnaire qui rend le traitement moins efficace et favorise les rechutes? Seule une statistique portant sur un échantillon beaucoup plus important pourrait confirmer ou infirmer une telle hypothèse.

Tous les auteurs s'accordent à penser que ces difficultés rencontrées dans le traitement de la tuberculose du noir africain transplanté, tant en ce qui concerne l'apparition des résistances bactériennes, qu'en ce qui concerne la fréquence des rechutes, doit inciter:

- à la plus grande rigueur dans l'application des thérapeutiques.
- à la poursuite d'un controle rigoureux ultérieur, par une surveillance systématique au moins biannuelle.

Au total, les grandes lignes qui se dégagent des travaux contemporains en matière de tuberculose du noir africain transplanté, sont les suivantes:

I - La tuberculose est un fléau en Afrique.
Et 90 % des noirs arrivent en France avec des réactions tuberculiniques positives (à condition de ne pas se contenter de la cuti-réaction).

II - Les malades appartiennent à un groupe homogène:

- Ce sont des adultes jeunes de sexe masculin.
- En France depuis au moins un an au moment de la découverte de la maladie.
- Tous vivent dans les mêmes conditions sociales défectueuses.
- Certaines associations pathologiques sont fréquentes.

III - Ils contractent la maladie tuberculeuse avec une fréquence significativement élevée, au moins cinq fois supérieure à celle de tout autre travailleur migrant.

IV - Les formes cliniques réalisées sont toujours aussi originales que celles constatées par les auteurs anciens:

- Fréquence des formes ressemblant à des tuberculoses primaires, avec adénopathies médiastinales volumineuses, atteinte des séreuses, etc...
  Elles représentent 60% des cas.

- Rareté relative des formes dites "chroniques",
  30% des cas.

  On note cependant que les proportions se modifient; les singularités sont un peu moins tranchées que du temps de BORREL.

V - Le traitement s'avère remarquablement efficace d'emblée et aboutit dans les délais usuels à la négativation des examens bactériologiques ainsi qu'à la normalisation de la radiographie.

Mais cet optimisme doit être tempéré par l'apparition récente de deux faits nouveaux: les rechutes et les résistances bactériennes.

Ces constatations soulignent la nécessité d'une grande rigueur dans l'instauration et la surveillance du traitement; ainsi que dans la poursuite des controles ultérieurs.

L A T U B E R C U L O S E

E N A F R I Q U E .

L'ENDEMIE TUBERCULEUSE EN AFRIQUE.

Pour une bonne compréhension de la maladie tuberculeuse du noir africain transplanté, il est nécessaire de connaitre:

- Les étapes qui aboutirent à la situation actuelle;

- L'état présent de l'endémie tuberculeuse en Afrique.

I-) Les étapes qui aboutirent à la situation actuelle.

a-) Pour les auteurs classiques, la tuberculose en Afrique est une conséquence de la colonisation; les européens sont responsables de l'importation de la maladie sur ce continent.

Pour ces auteurs, c'est de 1860 (début de la pénétration européenne) que date l'introduction de la tuberculose sur le continent africain.

C'est donc tout naturellement qu'ils assimilèrent en 1914 les premières tuberculoses ganglionnaires du noir africain transplanté à des manifestations de primo-infection survenant sur un terrain vierge de toute contamination antérieure. Des enquêtes fragmentaires servirent à étayer cette hypothèse.

b-) En réalité, la situation était bien différente. Et si l'on pose la question de l'existence éventuelle de la tuberculose sur le continent africain avant la pénétration européenne, on est obligé de répondre par l'affirmative.

Les arguments sont nombreux:

1º/ Des squelettes de momies égyptiennes vieilles de 5.000 ans présentent des lésions d'ostéite tuberculeuse parfaitement identifiables par les anatomo-pathologistes.

2º/ Le Docteur F.BLANC, qui fut mèdecin de dispensaire en Afrique occidentale après 1920 rapporte qu'au Mali, "la tuberculose était parfaitement connue, et cela de date immémoriale. Elle était dénommée en Bambara: Soco-Soconi-Djé. Le mal de Pott était connu sous le nom de Dan. Le gibbeux pottique (danto) n'avait pas droit à la sépulture."

3º/ En 1840, THEVENOT signale la tuberculose au Sénégal. Il la trouve rare.

4º/ Enfin, citons CALMETTE qui affirmait que:"les origines de la tuberculose sont probablement contemporaines des temps très reculés où les hommes commençèrent à vivre en groupes sociaux compacts."

c-) Les enquêtes effectuées durant les décennies qui suivirent sont également fragmentaires et non significatives. Retenons simplement qu'elles témoignent de l'existence de la tuberculose sur tout le continent africain, et qu'elles tendent à opposer les milieux urbains très touchés, aux milieux ruraux moins atteints.

d-) Depuis quelques années, des études plus systématiques conduisent à pousser un cri d'alarme.

II-) L'état présent de l'endémie tuberculeuse en Afrique.

a-) Actuellement, en pays africains, la tuberculose est au devant de la scène. Elle devient un fléau social majeur. Il suffit pour s'en convaincre de relire les conclusions du séminaire sur la tuberculose tenu à Nairobi (Kénya) en I960 sous les auspices de l'organisation mondiale de la santé:

> "On peut assurer que tuberculose, paludisme, et malnutrition sont les causes majeures de décès en Afrique, et que dans certains pays, la tuberculose l'emporte sur les deux autres."

b-) F.BLANC, dans "Médecine d'Afrique noire" (Juin I969) rapporte des chiffres qui permettent de conclure que dans les centres urbains de l'Afrique noire, le nombre des réactions tuberculiniques positive s'avère considérable et l'age du virage très précoce. "Les chiffres actuels sont ceux de nos villes de France il y a cinquante ans."

Ainsi, dans les centres urbains de la côte et de l'intérieur, (Dakar, Douala, Bamako) à dix ans, 60% des enfants ont des réactions tuberculiniques positives.

c-) Dans une sorte de perspective globale, on peut opposer aujourd'hui deus sortes de pays:

Iº/ Les pays techniquement avancés, ou la mortalité tuberculeuse est inférieure à 20 pour I00.000 habitants, avec un taux qui décroit constamment. Il s'agit de l'Europe et des USA.

2º/ Les pays en voie de développement, qui subissent plus de 80% des dégats causés par la maladie (Asie, Afrique noire, Amérique du sud).

Dans un rapport du comité d'experts de l'OMS. en matière de tuberculose, on relève que "d'un point de vue épidémiologique mondial, on ne peut que s'inquiéter de voir le fossé s'élargir rapidement entre les pays riches et les pays démunis".

III-) En conclusion de ce paragraphe sur l'endémie tuberculeuse en Afrique, il nous parait possible de retenir deux résultats:

a-) Contrairement aux opinions des auteurs classiques, le noir africain du début du siècle ne constituait pas une "race vierge" à l'égard de la tuberculose. Seul un manque d'informations a pu faire accréditer cette thèse.

b-) Actuellement, la tuberculose est en Afrique (comme dans tous les pays en voie de développement) un fléau de premier plan.

LA PATHOLOGIE TUBERCULEUSE DU NOIR EN AFRIQUE.

Il est de la plus haute importance de connaitre le visage de la maladie tuberculeuse telle qu'elle se présente sur le continent africain.

Allons nous retrouver la même forte proportion de formes ganglionnaires? D'autres originalités vont elles apparaitre?

a-) Pour M.SANKALE ("La lutte antituberculeuse en Afrique noire") qui est une des plus hautes autorités en matière de tuberculose en Afrique, les principaux points qui se dégagent sont les suivants:

Iº/ Les stades où la maladie est découverte sont presque toujours tardifs. "Au moment du dépistage, l'atteinte pulmonaire est bilatérale et étendue deux fois sur trois; les lésions sont excavées six fois sur dix; l'expectoration est bacillifère à l'examen direct trois fois sur quatre." La sclérose s'installe rapidement.

2º/ "Les formes cliniques observées en Europe parmi les militaires africains transplantés pendant les deux dernières guerres, se retrouvent parfois en zone rurale (formes ganglionnaires et séreuses galopantes), tandis que la tuberculose pulmonaire commune est la forme habituelle en milieu urbain."

b-) Deux autres caractères méritent d'être soulignés:

Iº/ Le germe en cause en Afrique dans la tuberculose est essentiellement le bacille de Koch humain.
On décrit toutefois dans 20% des observations une variété de celui çi: Mycobactérium Africanum. Il se différentie de Mycobactérium Bovis et de Mycobactérium Tuberculosis seulement par un certain nombre de caractères culturaux et biochimiques, mais il n'apporte aucune singularité en ce qui concerne l'expression clinique de la maladie.

- Sur milieu de Loewenstein-Jensen, les colonies sont dysgoniques et tout à fait caractéristiques.Mates et plates, la durée de leur incubation est de 6 semaines.
- La virulence vis à vis du cobaye est moindre.
- Enfin, la sensibilité aux antituberculeux est superposable à celle des Mycobactéries habituelles (sauf en ce qui concerne la thiacétazone).

2º/ D'une façon générale, le bacille tuberculeux évolue en Afrique vers une résistance de plus en plus marquée aux médications habituelles. Les difficultés d'application du traitement (cures ambulatoires non suivies, hospitalisations trop rares, monothérapie rendue parfois nécessaire par le manque de crédits) peuvent l'expliquer en partie.

CONCLUSION.

I - La tuberculose, présente de longue date sur le continent africain, y fait aujourd'hui figure de fléau.

II - Les formes cliniques que revêt la tuberculose de l'africain noir indigène méritent trois remarques:

- en raison du dépistage souvent tardif elles sont remarquables par leur EXTENSION.

- en milieu urbain, peu originales, elles ressemblent aux tuberculoses de type tertiaire communes en Europe.

- au contraire en brousse se verraient les formes ganglionnaires qui en France sont l'apanage du transplanté.

L. CONTEXTE SOCIO-CULTUREL

Certains auteurs du début du siècle n'hésitèrent pas à écrire que les noirs transplantés étaient la proie des "passions tristes", génératrices de formes tuberculeuses graves.

Cette interprétation "romantique" de la pathogénie tuberculeuse prête à sourire, mais elle a au moins le merite d'insister sur un aspect particulier du sujet qui nous préoccupe: nos malades sont des migrants qui doivent affronter, souvent dans les pires conditions, un environnement social et culturel nouveau.

Quelle est la nature de ces facteurs socio-culturels?

Quelle est leur incidence sur l'originalité et la gravité de la tuberculose du noir africain transplanté?

C'est ce que nous voudrions tenter d'établir à présent.

I-) Les facteurs socio-culturels en cause.

Prêts à accomplir n'importe quel travail, dans n'importe quelles conditions, pourvu qu'il lui permette d'envoyer de l'argent en Afrique, le noir est le plus souvent embauché comme manoeuvre (d'autant qu'il n'a aucune qualification professionnelle).

Sa vulnérabilité en fait une proie facile pour certains employeurs peu scrupuleux, qui:

- ne font pas les démarches necessaires à la bonne réalisation des examens médicaux obligatoires.

- omettent de le déclarer à la sécurité sociale.

- omettent de payer comme telles les heures supplémentaires.

- pratiquent les licenciements abusifs.

Confronté à de telles difficultés, si vulnérable soit-il, le migrant parvient à survivre grace au grand esprit de solidarité de ses compatriotes:

- c'est le travail d'un ainé déjà en France qui a fourni l'argent de son voyage.

- ce sont ses compatriotes qui l'accueillent dans le foyer.

- ce sont eux qui le nourrissent en période de chômage.

Et ceci permet d'insister sur un aspect essentiel de la personalité de l'africain. Ce dernier, à l'encontre de l'européen, n'est pas individualiste. Sa conception de la société est différente. Pour lui, l'appartenance à un groupe est primordiale.

Il ne faudrait pas interpréter le grégarisme que l'on observe chez les noirs en France, seulement comme un mode d'adaptation d'individus vulnérables à un milieu hostile; il s'agit aussi d'une tendance profonde de leur personnalité.

Cet instinct grégaire a deux conséquences:

Iº/ Il est en partie responsable de la PROMISCUITE qui est la règle en matière d'habitat du malien transplanté. Son influence sur le développement des maladies transmissibles est évidente.

2º/ Le transplanté, solidaire de son groupe resté en Afrique, redevable de ses compatriotes de foyer, ne peut que difficilement risquer de compromettre cet édifice en acceptant toutes les contraintes necessaires au traitement d'une maladie de longue durée.
Ceci rend compte de la fréquence des dépistages tardifs; de la fréquence des dépistages systématiques; du refus de la cure sanatoriale etc...

II-) L'influence de ces facteurs est-elle décisive?

Pour se forger une opinion, il faut considérer des groupes humains semblables mais vivant dans un environnement socio-culturel différent.

Deux travaux récents répondent à ces exigences; voici les principaux points de leurs conclusions:

a-) "La tuberculose de l'africain noir transplanté" de H.Van WYMEERSCH & G.DROMEL, Acta Tuberculosa & Pneumologica Belgica, nº6, I969.

Ces auteurs examinent (de I962 à I968) au centre médical du ministère des affaires étrangères belge, 4.800 africains noirs, et dépistent 55 cas de tuberculoses (II,5%).

Cette haute fréquence contraste d'emblée avec celle observée chez les belges et chez les transplantés non africains.

Ces malades appartiennent à une population bien homogène dont les grands traits sont les suivants:

- adultes jeunes originaires d'Afrique centrale.

- ayant été soumis dans leur pays d'origine à un examen médical approfondi permettant d'exclure toute tuberculose évolutive.

- tous sont en Belgique pour y poursuivre des études.

- ils jouissent de conditions de vie matérielles très satisfaisantes grace à l'octroi d'une bourse d'études.

- dès leur arrivée en Belgique, ils sont soumis à un nouvel examen médical.

Les auteurs font les observations suivantes:

- il y a discordance entre la faible altération de l'état général et l'étendue des lésions (surtout pulmonaires).

- les lésions pulmonaires ont souvent une évolution extensive.

- les ADENOPATHIES médiastinales sont fréquentes et importantes. Celles çi rétrocèdent sous traitement, sans tendance à la production de séquelles bronchiques, n'évoluant pas vers la calcification.

- les résultats du traitement sont remarquables; les lésions tuberculeuses, bien que parfois très étendues, régressent avec une rapidité extrême.

b-) "Tuberculose pleuro-médiastino-pulmonaire des étudiants noirs en France". F.GRALL, thèse Paris 1955.

L'auteur étudie un groupe de noirs transplantés qui vivent dans de bonnes conditions sociales, en milieu étudiant.

Il constate chez ces malades en France depuis deux ans en moyenne:

- 40% d'adénopathies médiastinales.

- 40% de tuberculoses pulmonaires à "marche rapide".

- La fréquence des tuberculoses à foyers multiples.

c-) La confrontation de ces travaux, qui concernent certes des transplantés, mais moins défavorisés, montre assez combien est limitée l'influence des conditions sociales dans le déterminisme des formes cliniques qui nous intéressent. Ces malades, pourtant privilégiés, présentent avec la même fréquence élevée, les mêmes formes originales que leurs compatriotes moins nantis.

CONCLUSION.

I - D'énormes efforts doivent être consentis pour améliorer l'environnement social (hébergement, emploi, etc...) du travailleur noir transplanté. Peut-être pourra-t-on diminuer la fréquence de la tuberculose sur ce terrain, par ce moyen.

II - Par contre, l'influence de ces facteurs socio-culturels sur le déterminisme de ces formes cliniques si particulières, doit être à notre avis fortement contesté.

P R O P H Y L A X I E &

T R A I T E M E N T .

I-) La prophylaxie.

a-) Ses conditions légales actuelles:

De tous les travailleurs migrants, les seuls à bénéficier d'un controle sanitaire avant le départ, sont:

- Les algériens, grace à l'office national algérien de la main d'oeuvre.

- Les ressortissants des pays qui adhèrent à l'office national d'immigration (ONI.):
  Espagne, Italie, Maroc, Tunisie, Portugal, Yougoslavie, Turquie.

Les autres migrants, en particulier les noirs africains, ne subissent aucune surveillance médicale au départ. Ils quittent leur pays tels des touristes (voire même clandestinement).

Sur le territoire français les noirs africains risquent encore d'échapper à toute surveillance.

- Les employeurs qui embauchent un travailleur étranger doivent exiger un certificat d'aptitude délivré par l'ONI.
  Beaucoup transgressent ce règlement.
- Les controles ultérieurs réguliers, effectués par la médecine du travail, sont efficaces. A la condition d'une stabilité de l'emploi, bien rarement réalisée chez les travailleurs noirs.

Il faut insister sur l'action de premier plan jouée par quelques dispensaires spécialisés:

- Qui prennent en charge une bonne part de cette surveillance obligatoire.

- Mais favorisent aussi les consultations spontanées, par le biais d'une équipe sociale active.

Citons par exemple:

- Le Centre Médico Social Bossuet, 8 rue Bossuet / Paris.

- Le Dispensaire de Belleville, 2IO rue de Belleville à Paris.

b-) Les conditions de cette prophylaxie sont perfectibles:

L'analyse des conditions du controle sanitaire, que nous venons d'exposer succintement, font ressortir sa caractéristique principale: il est INADAPTE.

- Bien conçu s'il concerne un "migrant idéal", originaire d'un pays participant à l'ONI, occupant une situation stable, chez un employeur scrupuleux.

- Il est parfaitement inadapté si on cherche à l'appliquer aux noirs africains transplantés.

Il nous semble, que pour répondre aux vraies données du problème, cette surveillance sanitaire devrait subir des modifications importantes afin de tenir compte des caractéristiques de la population concernée.
Par exemple, on pourrait proposer les aménagements suivants:

- Adhésion à l'ONI. des pays de l'Afrique de l'ouest concernés. Ce qui permettrait:

  1º/ de controler au départ l'état de l'allergie tuberculinique. Et donc de vacciner les anergiques (si peu nombreux soient-ils).

  2º/ de vérifier l'absence de tuberculose évolutive chez les candidats à la transplantation.

- En France, il conviendrait de ne plus attendre que le noir soit soumis par hasard à un examen médical. Il faudrait au contraire aller à lui grace à des équipes mobiles, réalisant des dépistages dans les foyers.

- Le rythme de ces dépistages devrait être au moins biannuel, voire même trimestriel.

II-) Le traitement.

En matière de traitement de la tuberculose du noir africain transplanté, le mot d'ordre doit être la RIGUEUR.

Impressionnés sans doute par la spectaculaire efficacité immédiate du traitement, certains auteurs (et non des moindres) n'hésitent pas à préconiser l'indulgence. Citons par exemple: "Une hospitalisation de moyenne durée (3 ou 4 mois) suivie d'un traitement ambulatoire d'un an environ, au cours duquel une reprise du travail peut être [illegible]".

Une telle attitude ne nous paraît pas conforme aux données du problème. Elle ne tient pas compte de deux éléments essentiels déjà évoqués:

- Les RECHUTES chez les malades déjà traités sont fréquentes. Il n'est d'ailleurs pas impossible que le tropisme ganglionnaire de la maladie n'y soit pas étranger.

- Les CONDITIONS de VIE de ces malades n'expliquent certainement pas l'originalité des formes cliniques réalisées, cependant elles entravent très sérieusement l'application de la thérapeutique:

  1º/ Un métier fatigant.

  2º/ Une situation irrégulière vis à vis de la sécurité sociale.

  3º/ La nécessité, dans un premier temps, de payer les médicaments.

4º/ La fréquente incompréhension du malade, déjà exempt de toute symptômatologie fontionnelle, mais encore astreint à une thérapeutique dans le cadre de la cure ambulatoire.

Toutes ces raisons montrent à l'évidence combien ceux qui préconisent:

- un traitement écourté,

- sous pretexte d'une réinsertion socio-professionnelle précoce,

prennent des risques importants.

Au contraire il nous semble que chez le noir africain transplanté, plus que chez tout autre, il faut être très sévère sur la conduite du traitement. Ses modalités ne doivent pas enfreindre les règles établies par les auteurs classiques. La surveillance ultérieure n'en est pas dissociable, elle devrait être au moins trimestrielle.

CONCLUSION.

I - Les conditions de la prophylaxie, en matière de tuberculose du noir africain transplanté, sont perfectibles. Celle çi apparait INADAPTEE.
Des mesures devraient être prises, tant en Afrique (au départ) qu'en France à l'arrivée.

II - La conduite thérapeutique proposée à ces malades doit tenir compte de:

- La fréquence des RECHUTES.

- La précarité des conditions de vie de ces malades.

Dans l'application du traitement, comme dans l'exercice de la surveillance ultérieure, il faut s'en tenir à la plus grande rigueur.

C O N C L U S I O N .

- A propos de 108 dossiers de malades hospitalisés pour tuberculose dans un service parisien de pneumo-phtisiologie,

- et à partir d'une revue de la littérature,

il a été possible d'établir un certain nombre de résultats concernant la tuberculose du noir africain transplanté.

I - Les malades constituent une population très HOMOGENE.

1º/ Tous sont des adultes jeunes, de sexe masculin.
2º/ Originaires de la vallée du fleuve Sénégal.
3º/ En France depuis deux ans en moyenne au moment de la découverte de leur maladie.

II - Sur ce "terrain", la maladie tuberculeuse est particulièr par:

1º/ SA FREQUENCE:
Le risque pour un travailleur noir transplanté de contracter la tuberculose est:
- Trois fois supérieur à celui d'un autre travailleur migrant.
- Vingt à trente fois supérieur à celui du français.

2º/ SES FORMES CLINIQUES.

Il s'agit dans plus de la moitié des cas d'une tuberculose d'allure primaire, si l'on se fie:

- aux adénopathies médiastinales.
- aux adénopathies périphériques.
- aux atteintes des séreuses.
- aux fistules bronchiques.

Tandis que les formes dites "chroniques" représentent seulement 30% des cas.

3º/ SON EVOLUTION.

Grevée d'un lourd indice de mortalité avant l'instauration des antituberculeux;

La tuberculose "à marche rapide" du noir africain transplanté s'avère remarquablement sensible au traitement et aboutit dans les délais usuels à la négativation des examens bactériologiques, ainsi qu'à la normalisation de la radiographie.

Mais cet optimisme doit être tempéré par l'apparition récente de deux faits nouveaux:

- Les rechutes.
- Les résistances bactériennes.

Ces constatations soulignent la nécessité d'une grande rigueur dans l'instauration et la surveillance du traitement, ainsi que dans la poursuite de la surveillance ultérieure.

III - C'est à trois reprises que les phtisiologues français furent confrontés à ces malades:

- Durant la première guerre mondiale.
- Durant la seconde guerre mondiale.
- Enfin depuis 1960.

Iº/ Toutes les observations concordent et rapportent les mêmes caractères originaux déjà évoqués.

2º/ Par contre, la même unanimité n'est pas réunie en ce qui concerne le choix des hypothèses pathogéniques:

- Les anciens auteurs insistaient sur la "virginité du terrain".
- D'autres insistent sur des caractères raciaux (système lymphatique thoracique plus développé, hypocorticisme constitutionnel, sensibilité accrue aux variations thermiques, influence de la vitamine D, capacité vitale réduite, etc...)
- Aujourd'hui, on retiendrait plutôt l'influence des facteurs sociaux (dépistages insuffisants, malnutrition, habitat insalubre, mauvaises conditions d'emploi...)

Cette pléthore d'hypothèses cache en fait notre ignorance.

IV - Nous pensons toutefois avoir établi:

Iº/ Que ces tuberculoses, bien que souvent d'allure primaire, sont d'authentiques tuberculoses de réinfection.

2º/ Que les facteurs socio-culturels ne jouent qu'un rôle modeste dans le determinisme de ces formes cliniques originales. Leur influence, par contre, n'est pas négligeable, en ce qui concerne la fréquence de la maladie sur ce terrain, et l'application de la thérapeutique.

3º/ Si bien que nous pensons qu'il importe de tout faire: pour améliorer:

- Les conditions de vie;
- Et les conditions de soins;

Du Noir transplanté.

- B I B L I O G R A P H I E -

ABATUCCI - La diffusion de la tub. dans le monde et nottamment dans les colonies françaises. - Presse Médicale, 1926, 9,(139-140).

ABONDO, QUENUN - La tub. pulm. au Sénégal (formes anatomo-patholog.) Bull.Soc.Mèd.Afr.Noire.Lge.Frse, 1971, 16, 1, (1-10).

ARNOULD (E.) - La tub. chez les noirs vivant avec les blancs. Presse Médicale, 1936, 57.

AUCLERT - Etude de la tub. des noirs et ses lésions anatomiques en AEF. - Thèse, Marseille, 1937.

AUJOULAT (LP), DESCOINGS (JC) - La tub. chez l'africain noir transplanté en région parisienne - Concours Médical,10, IV, 1971,(93.)

AUJOULAT, DESCOINGS, BROCARD - Le dépistage de la tub. chez les travailleurs noirs africains, au centre médico-social Bossuet - Rev. de Tub. et de Pneumo, Tome 30, 1966, 23, (324-330).

BERGERET - Primo infection de l'enfant africain - Bull. Med. AOF, 1950, pages 185...et suivantes.

BERNARD (E) - Evolutif doit être un programme de lutte contre la Tuberculose.- Revue du Praticien, 1969, 3, (295-303).

BERTHET - Etat de l'endémie tuberculeuse dans le monde - Semaine Médicale, 1969, (1489-1194).

BLANC (F) - Histoire de la tuberculose en Afrique noire francophone - Mèd.Afr.Noire - Juin 1969, 6, (527...).

BLANCHARD - La tuberculose en AOF. - Presse Médicale, 1935, 37,(743).

BLAZY (C) - La Tub. des troupes sénégalaises - Rev. de Tub. et de Pneumo, 1925, 4, (461-487).

BOIRON - Etude de la cuti à la tuberculine en AOF. - Sté. de Path. Exp. séance du I4-II-5I.

BOISSEAU, NODENAT - Enquête épidémiologique sur la Tub. en AEF. d'après la cuti réaction - Bull. Soc. Path. Exot. I934, 8.

BOLTANSKY (E) - La tuberculose pulmonaire chez les noirs. - Presse Médicale, I935, 35, (709 ...).

BORREL - Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires - Ann. de l'Inst. Pasteur, I920, 3, (I05-I48).

BOURGEOIS (I) - Le péril tuberculeux en Afrique noire - Cahiers du Coll. de Mèd. I967, 8, I2, (I0I9-I025).

BROCARD (H) - Primo-infection phtisiogène - Sem. Hôp. Paris, I949, 44, (I88I-I890).

BROCARD (H) - La tuberculose des noirs transplantés - Rev. du Prat. I965, pages 22I - 226.

BROCARD (H) - Le dépistage de la tuberculose parmi les africains de race noire et travaillant en France - Rev. Hyg. Mèd. Soc. I965, I3, (487-608).

BROCARD (H) - La tuberculose du noir transplanté, sixièmes journées médicales de Dakar - Janvier I969 - Mèd. d'Afr. Noire, juillet I969, nº spécial, en particulier les pages 89 à 93.

BROCARD (H) - Problèmes posés par les adénopathies médiastinales tuberculeuses - Rev. du Prat. I970, 3,(325...).

BROCARD, BURIN - Les rechutes de tuberculose des noirs africains traités en France - Rev. de Tub. et de Pneumo. Tome 32, I968, 3, (449-457).

BROCARD, BURIN, DESCOINGS, - Les rechutes tuberculeuses des noirs africains - Rev. de Tub. et de Pneumo. Tome 36, I972, 3, (395-403).

BROCARD, VANNIER, GALLOUEDEC, COLIGNAC, BURIN, CLAUZEL - Les adénopathies médiastinales tuberculeuses des noirs émigrés d'origine africaine. - Bull. Soc. Mèd. Hop. Paris. I965, II6, (283-304).

BROCARD, VANNIER, GALLOUEDEC, BURIN - La tuberculose des noirs (originaires de l'Afrique francophone) travaillant dans la région parisienne. - Rev. Tub. et de Pneumo. 26, I962, 9-I0, (92I-94I).

BROQUET, MORENAS. - Tub. pleuro-pulmonaire des noirs, "l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse à forme rapide". - Revue de Tuberculose, I920, 3, (143-I70).

CASTET, BOISVERT, GRUNBACH, BRUNEL, RIST - Les bacilles tuberculeux de type africain - Rev. de Tub. et de Pneumo. -

CHABAUD - L'adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte allergique - Revue de Mèdecine, I938, 3.

CLAUZEL (JP) - Contribution à l'étude de la tuberculose des noirs travaillant dans la région parisienne. - Thèse - Paris I963 (2ºsérie).

DEBRAY, KROLIK - La tuberculose des organes hématopoïétiques profonds. - Concours Médical, I8, IX, I97I, (9338).

DIEMER (JN) - La tuberculose dans le monde - Thèse médecine, Toulouse I970 .

FOURESTIER, BONNAUD, CORRE-HURST, LANGLE, ROBERT - Effrayante épidémie actuelle de tuberculose chez les travailleurs africains noirs de la région parisienne à Montreuil. - Rev. de Tub. et de Pneumo. Tome 5I, I967, 6, (849-86I).

FREOUR, CARRE, BERTRAND - La tuberculose en Afrique noire et les proolèmes actuels qu'elle pose. - Sem. Hop. I964, 20, (II97...).

GENEVRIER (J) - Adénopathies médiastinales tuberculeuses de l'adulte.- Revue de la Tuberculose, I924.

GERBEAUX (J) - Tuberculose primaire.- Encyclopédie Flammarion de

GRALL - Tuberculose pleuro-médiastino-pulmonaire des étudiants noirs en France. - Thèse Paris I955.

HIROSHI-OKADA & coll. - Global épidémiology of tuberculosis, Nagoya (Japan) I967. (42º meeting annuel de la société japonaise de tuberculose).

LE BLANC - De la tuberculose pleuro-pulmonaire des noirs récemment importés.- Thèse Paris I94I.

LEFEBVRE (Th) - Pathologie d'apport et d'acquisition des travailleurs originaires d'Afrique francophone fixés dans la région parisienne.- Thèse Paris I964.

LEMOINE (JM), KHOURY - Les adénopathies médiastino-hilaires tuberculeuses des adolescents et jeunes adultes (trois groupes ethniques). - Rev. de Tub. et de Pneumo. I968, (I00-I05).

LESOBRE, ORTEGA, CARBON - La pathologie tuberculeuse du travailleur noir africain à Paris. - Bull. Soc. Méd. Hop. de Paris, I965, II6, (305-3I9).

LE VIGUELLOUX (J) - Les problèmes posés par la tuberculose en Afrique tropicale. - Méd. Tropicale, vol. 26, I966, 3, (222-234).

MARRET (J) - Tuberculose des prisonniers noirs .- Thèse Paris I942.

MILLOT (J&H) - La tuberculose pulmonaire des noirs. - Presse médicale: - I9 nov. I94I pages I263 et I264.
- 24 déc. I94I page I399.

MONDON (H) - Contribution à l'étude de la tuberculose chez les noirs.- Rev. de Tub. tome 4, I938, (I049-I06I).

PALES - La tuberculose des noirs en AEF. - Revue de Tuberculose I938, (190-208).

PAYET, RENE, SANKALE - Cliniques Africaines - Gauthiers Villars, Paris I965.

SEANCE du 6 mai I967 de la société française de tuberculose.- Rev. de Tub. et de Pneumo. tome3I, I967, 3, (33I-4I2).

PIERON, NGUYEN - Tuberculose pulmonaire du travailleur immigré.- Revue de Mèdecine, I973, I9, (I2I5-I220).

VAN WYMEERSCH (H), DRUMEL (G) - La tuberculose de l'africain noir transplanté. - Acta Tuberculosea et pneumologica Belgica, I969, 6, (886-895).

LA SANTE DES MIGRANTS - Comité médical et médico-social d'aide aux migrants. Editions "droit et liberté" I20 rue St. Denis (Paris II).